LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
(LKjIP)

RSUD dr. R. KOESMA KABUPATEN TUBAN
TAHUN 2016

PEMERINTAH KABUPATEN TUBAN

RSUD dr. R. KOESMA

Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo No. 800 Telp. (0356) 321010, E-mail : rsudkoesma@tubankab.go.id , Website : rsudkoesma.tubankab.go.id

IKHTISAR EKSEKUTIF

Sehubungan dengan status sebagai Rumah Sakit kelas B, maka RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban merupakan Rumah Sakit rujukan bagi Rumah Sakit-Rumah Sakit swasta dan pemerintah di wilayah Kabupaten Tuban dan sekitarnya yang kelasnya masih rendah atau dibawahnya. Hal ini menuntut agar RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban dapat memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau bagi masyarakat sehingga dapat mendekatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Kabupaten Tuban dan sekitarnya yaitu dengan meminimalkan rujukan ke Rumah Sakit Provinsi. Selain hal tersebut, seiring perkembangan industri perminyakan nasional terutama di Blok Cepu, dan khususnya perkembangan industri di Kabupaten Tuban menuntut RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban untuk bersaing dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan bagi pendatang asing yang ada disekitar wilayah Tuban dengan standar pelayanan internasional.

Untuk memenuhi standar mutu pelayanan, pada tanggal 29 Maret 2011 RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban telah disurvai oleh Tim Surveior dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Kementerian Kesehatan dan lulus Akreditasi Penuh Tingkat Lanjut untuk 12 Pelayanan dengan berdasar Keputusan Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Nomor YM.02.10/III/1414/2011 tanggal 10 Juni 2011. Dan pada tanggal 19-20 Desember 2013 telah dilakukan survey oleh SAI Global untuk Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2008 untuk 16 Pelayanan dan dinyatakan lulus pada tanggal 17 Januari 2014 dengan nomor sertifikat QMS 40495.

Pelayanan pada RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban telah berkembang dengan baik. Untuk rawat inap saat ini memiliki kapasitas 321 TT dengan rata-rata penggunaan tempat tidur (bad occupation rate, BOR) mencapai 64,26% pada tahun 2015. Dan diupayakan pelayanan pada tahun berikutnya akan berkembang lebih baik.

DAFTAR ISI

		Hal
	IKHTISAR EKSEKUTIF	
BAB I	**PENDAHULUAN**	
	A. Latar Belakang ……	1
	B. Maksud dan Tujuan……	1
	1. Maksud	1
	2. Tujuan	2
	C. Gambaran Umum ……	2
	1. Tugas Pokok	2
	2. Fungsi	2
BAB II	**PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA**	
	A. Rencana Strategi (Renstra) ……....	9
	1. Visi	9
	2. Misi	9
	3. Motto	10
	4. Tujuan	10
	B. Rencana Kinerja Tahunan dan Penetapan Kinerja Tahun 2015 ....……	10
	1. Indikator Kinerja Utama	11
	2. Program dan Kegiatan	14
BAB III	**AKUNTABILITAS KINERJA**	
	A. Capaian Kinerja Organisasi ……...	20
	1. Indikator Kinerja Utama	20
	2. Indikator Kinerja Utama Perubahan	27
	B. Analisis Atas Efisiensi Penggunaan Sumber Daya	39
	C. Realisasi Anggaran …….....	40
BAB IV	**PENUTUP**	
	A. Kesimpulan	46
	B. Saran	48

DAFTAR TABEL

		Hal
Tabel 1.1	Jumlah Ketenagaan di RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban	7
Tabel 1.2	Kapasitas Tempat Tidur RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016	8
Tabel 2.1	Target Indikator kinerja utama tahun 2016	11
Tabel 2.2	Target Indikator kinerja utama Perubahan tahun 2016	14
Tabel 3.1.1	Pengukuran kinerja pelayanan gawat darurat tahun 2013-2016	20
Tabel 3.2.1	Pengukuran kinerja pelayanan rawat jalan tahun 2013-2016	20
Tabel 3.3.1	Pengukuran kinerja pelayanan rawat inap tahun 2013-2016	21
Tabel 3.4.1	Pengukuran kinerja pelayanan bedah sentral tahun 2013-2016	21
Tabel 3.5.1	Pengukuran kinerja pelayanan persalinan dan perinatologi tahun 2013-2016	22
Tabel 3.6.1	Pengukuran kinerja pelayanan intensif tahun 2013-2016	22
Tabel 3.7.1	Pengukuran kinerja pelayanan radiologi tahun 2013-2016	22
Tabel 3.8.1	Pengukuran kinerja pelayanan laboratorium patologi klinik tahun 2013-2016	23
Tabel 3.9.1	Pengukuran kinerja pelayanan rehabilitasi medis tahun 2013-2016	23
Tabel 3.10.1	Pengukuran kinerja pelayanan farmasi tahun 2013-2016	23
Tabel 3.11.1	Pengukuran kinerja pelayanan gizi tahun 2013-2016	23
Tabel 3.12.1	Pengukuran kinerja pelayanan tranfusi darah tahun 2013-2016	24
Tabel 3.13.1	Pengukuran kinerja pelayanan gakin tahun 2013-2016	24
Tabel 3.14.1	Pengukuran kinerja pelayanan rekam medis tahun 2013-2016	24
Tabel 3.15.1	Pengukuran kinerja pelayanan pengolahan limbah tahun 2013-2016	24
Tabel 3.16.1	Pengukuran kinerja administrasi dan manajemen tahun 2013-2016	25
Tabel 3.17.1	Pengukuran kinerja pelayanan ambulan/ kereta jenazaha tahun 2013-2016	25
Tabel 3.18.1	Pengukuran kinerja pelayanan pemulasaraan jenazah tahun 2013-2016	25
Tabel 3.19.1	Pengukuran kinerja pelayanan pemeliharaan sarana prasarana rumah sakit tahun 2013-2016	25
Tabel 3.20.1	Pengukuran kinerja pelayanan laundry tahun 2013-2016	26
Tabel 3.21.1	Pengukuran kinerja pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi tahun 2013-2016	26

DAFTAR LAMPIRAN

Judul

Lampiran 1 Perjanjian Kinerja Tahun 2016

Lampiran 2 Rencana strategis RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban tahun 2013-2016

Lampiran 3 Rencana kerja RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban tahun 2016

Lampiran 4 Pengukuran kinerja RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban tahun 2012-2016

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Rencana Strategis
Lampiran 2 Rencana Kinerja Tahunan Tahun 2013
Lampiran 3 Pengukuran Pencapaian Sasaran Tahun 2013
Lampiran 4 Pengukuran Kinerja Kegiatan tahun 2013

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pemerintahan yang bersih dan bebas korupsi, kolusi dan nepotisme merupakan isu yang mengemuka dalam pengelolaan administrasi publik dewasa ini. Sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara Yang Bersih Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme bahwa untuk mencapai tujuan tersebut dapat dicapai antara lain melalui azas akuntabilitas. Hal ini sejalan dengan tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan publik yang baik seiring dengan makin meningkatnya kesadaran dan pengetahuan masyarakat tentang hak dan kewajibannya sebagai warga negara, kebebasan mengemukaan pendapat dan globalisasi. Oleh karenanya, tuntutan itu merupakan hal yang wajar dan seharusnya ditanggapi secara positif oleh pemerintah termasuk rumah sakit umum daerah sebagai penyedia pelayanan publik dibidang kesehatan agar segera terwujud penyelengaraan pemerintahan yang baik (*good governance*).

Sejalan dengan hal diatas dan dalam rangka pelaksanaan Ketetapan MPR RI Nomor XI/MPR/1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi dan Nepotisme, Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelengaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi dan Nepotisme, yang tindak lanjuti dengan diterbitkannya Inpres Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah maka disusun Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2014 ini yang formatnya mengacu kepada Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

B. Maksud dan Tujuan

1. Maksud

Maksud penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban adalah sebagai wujud pertanggungjawaban

pelaksanaan tugas pokok dan fungsi dalam melaksanakan program dan kegiatan bidang kesehatan Kabupaten Tuban Tahun 2016.

2. Tujuan

1) Memberikan informasi mengenai capaian kinerja RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban pada tahun anggaran 2016.
2) Sebagai bahan evaluasi kinerja RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban untuk perbaikan pada tahun-tahun berikutnya.
3) Menyatakan tingkat keberhasilan dan kegagalan dalam pelaksanaan tugas, sehingga tugas-tugas yang dilaksanakan lebih efektif dan efisien.
4) Dorongan terciptanya akuntabilitas kinerja pemerintah sebagai salah satu prasyarat untuk tercapainya pemerintah yang baik dan terpercaya.

C. Gambaran Umum

1. Tugas Pokok

Rumah Sakit Umum Daerah dr. R. Koesma Kabupaten Tuban merupakan unsur pendukung tugas Bupati Tuban yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati Tuban melalui Sekretaris Daerah Kabupaten Tuban dimana susunan organisasi RSUD dr. R. Koesma ditetapkan berlandaskan Peraturan Daerah Kabupaten Tuban Nomor 13 Tahun 2012 tentang Organisasi Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Tuban dan Peraturan Bupati Tuban Nomor 19 Tahun 2014 tentang Uraian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban.

Berdasarkan Peraturan Bupati Tuban Nomor 19 Tahun 2014 tentang Uraian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban, tugas RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban adalah melaksanakan pelayanan kesehatan.

2. Fungsi

Untuk melaksanakan tugasnya, RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban mempunyai fungsi menyelenggarakan :

1) Perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan medis dan penunjang medis serta non medis.
2) Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang pelayanan medis dan penunjang medis serta non medis.

3) Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang pelayanan medis dan penunjang medis serta non medis.
4) Penyelenggaraan pelayanan asuhan keperawatan.
5) Penyelenggaraan pelayanan rujukan.
6) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan.
7) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan.
8) Penyelenggaraan administrasi umum, kepegawaian, keuangan serta program dan pelaporan.
9) Perumusan kebijakan pengelolaan dan pengamanan barang milik daerah yang menjadi tanggung jawab rumah sakit.
10) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Susunan organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban terdiri dari :

1) Direktur
2) Wakil Direktur Umum dan Keuangan

   Wakil Direktur Umum dan Keuangan membawahkan dan mengkoordinasikan:
   a. Bagian Administrasi dan Umum;
   b. Bagian Keuangan;
   c. Bagian Program dan Pelaporan.
3) Wakil Direktur Pelayanan

   Wakil Direktur Pelayanan membawahkan dan mengkoordinasikan:
   a. Bidang Medis;
   b. Bidang Pelayanan Penunjang;
   c. Bidang Keperawatan.
4) Bagian Administrasi dan Umum

   Bagian Administrasi dan Umum membawahkan dan mengkoordinasikan:
   a. Sub bagian Umum dan Perlengkapan;
   b. Sub bagian Kepegawaian, Pendidikan Pelatihan dan Penelitian Pengembangan;
   c. Sub bagian Hukum dan Humas.
5) Bagian Keuangan

   Bagian Keuangan membawahkan dan atau mengkoordinasikan :

a. Sub bagian Anggaran ;
b. Sub bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana;
c. Sub bagian Akuntansi dan Verifikasi

6) Bagian Program dan Pelaporan

Bagian Program dan Pelaporan membawahkan dan atau mengkoordinasikan :

a. Sub bagian Perencanaan Program;
b. Sub bagian Monitoring Evaluasi, Pelaporan dan SIM-RS.

7) Bidang Medis

Bidang Medis membawahkan dan atau mengkoordinasikan :

a. Seksi Perencanaan dan Pengembangan Pelayanan Medis;
b. Seksi Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Medis.

8) Bidang Pelayanan Penunjang

Bidang Pelayanan Penunjang membawahkan dan atau mengkoordinasikan:

a. Seksi Penunjang Medis;
b. Seksi Penunjang Non Medis.

9) Bidang Keperawatan

Bidang Keperawatan membawahkan dan atau mengkoordinasikan :

a. Seksi Perencanaan dan Pengembangan Pelayanan Keperawatan;
b. Seksi Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan.

10) Instalasi/ Unit Pelayanan Non Struktural

a. Di lingkungan Wakil Direktur Umum dan Keuangan dibentuk Instalasi dan/ atau Unit yang merupakan unsur pelaksana non struktural yang terdiri dari:
   (1) Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS).
b. Di lingkungan Wakil Direktur Umum dan Keuangan dibentuk Instalasi dan/ atau Unit yang merupakan unsur pelaksana non struktural yang terdiri dari:
   (1) Instalasi Rawat Jalan;
   (2) Instalasi Rawat Inap;
   (3) Instalasi Gawat Darurat;
   (4) Instalasi Rawat Intensif (ICU/ ICCU/ HCU/ NICU/ PICU);
   (5) Instalasi Bedah Sentral;
   (6) Instalasi Rehabilitasi Medis;

(7) Instalasi Farmasi;
(8) Instalasi Hemodialisa;
(9) Instalasi Laboratorium;
(10) Instalasi Radiologi;
(11) Unit Central Sterile Supply Department (CSSD);
(12) Instalasi Gizi;
(13) Instalasi Rekam Medis;
(14) Unit Pemulasaraan Jenazah;
(15) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
(16) Instalasi Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit;
(17) Unit Laundry; dan
(18) Unit Ambulan.

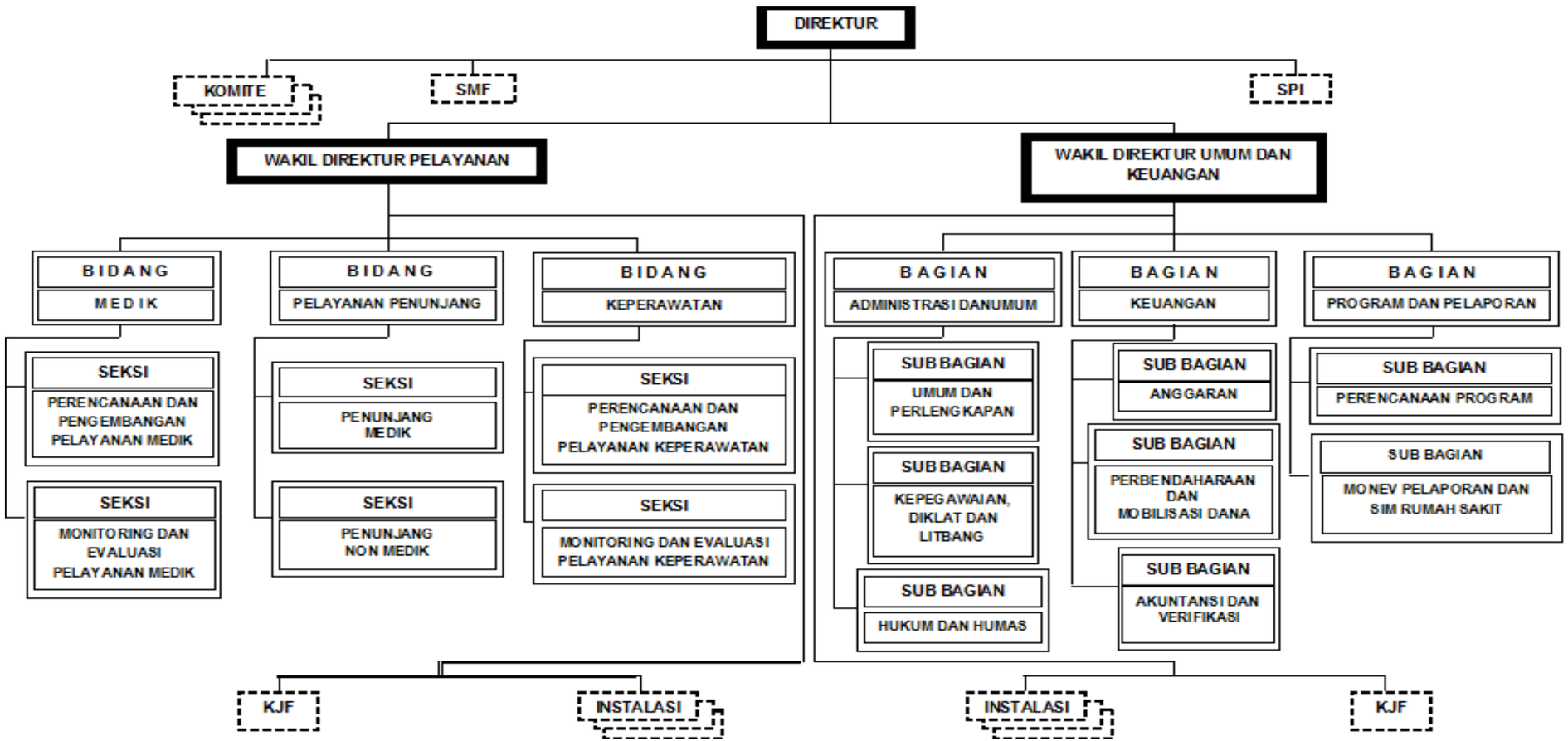
11) Kelompok Jabatan Fungsional

Kelompok Jabatan Fungsional terdiri dari sejumlah tenaga dalam jenjang jabatan fungsional yang terbagi dalam berbagai kelompok sesuai dengan Bidang keahliannya.

GAMBAR 1.1

SUSUNAN ORGANISASI

RSUD DR. R. KOESMA KABUPATEN TUBAN



3. Kondisi Pegawai

Pelayanan Kesehatan di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban didukung oleh tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan non keperawatan dan tenaga administrasi sebagai berikut :

Tabel 1.1

Jumlah Ketenagaan Di RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban

NO.	URAIAN	JUMLAH
1	Pejabat Struktural	23
2	Dokter Spesialis	32
3	Dokter Umum	15
4	Dokter Gigi	2
5	Dokter Gigi Spesialis	1
6	Apoteker	7
7	Perawat	263
8	Bidan	27
9	Tenaga Teknis Kefarmasian (Asisten Apoteker)	18
10	Perawat Anestesi	2
11	Tenaga Perawat Gigi	2
12	Fisoterapi	5
13	Tenaga Perekam Medik	6
14	Tenaga Teknik Elektromedis	2
15	Tenaga Analis Kesehatan	18
16	Sanitarian	6
17	Nutrisionis	11
18	Radiografer	10
19	Tenaga Non Kesehatan	212
JUMLAH		**662**

4. Sarana/ Prasarana

Jumlah tempat tidur (TT) pada tahun 2016 sebanyak 293 buah dengan distribusi sebagaimana berikut :

Tabel 1.2
Kapasitas Tempat Tidur
RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

NO	NAMA RUANG	VVIP	VIP 1	VIP 2	UTAMA	KLAS I	KLAS II	KLAS III	RUANG ISOLASI	RUANG BAYI	RUANG BERSALIN	JML TT
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**
1	Asoka	-	-	-	-	6	8	18	2	-	-	34
2	Teratai	-	-	-	-	6	8	18	2	-	-	34
3	Mawar	-	-	-	1	2	3	16	4	-	-	26
4	Anggrek	-	-	-	2	2	3	16	-	-	-	23
5	Dahlia	-	-	-	2	2	8	16	2	-	-	30
6	Bougenfil	-	-	-	1	4	8	16	2	1	-	31
7	Anyelir	-	-	-	3	4	-	-	-	-	-	7
8	Melati	-	-	-	-	-	8	16	2	-	-	26
9	Perinatologi	-	-	-	-	-	-	-	-	21	-	21
10	Flamboyan	-	-	-	-	2	3	20	-	-	6	31
11	Graha Aryo Tejo	6	16	8	-	-	-	-	-	-	-	30
	JUMLAH	6	16	8	9	28	49	136	14	21	6	**293**

5. Permasalahan

Permasalahan yang sedang dihadapi RSUD dr. R. Koesma saat ini adalah RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban telah menjadi tipe B sejak tahun 2012 berdasarkan keputusan menteri kesehatan nomor HK.03.05/I/517/2012, akan tetapi sampai saat ini sarana dan prasarana serta kebutuhan tenaga masih belum memenuhi standar Rumah Sakit tipe B seperti yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perijinan rumah sakit, terutama untuk kebutuhan dokter spesialis.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGI (RENSTRA)

Perencanaan strategis merupakan suatu proses yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai selama kurun waktu satu sampai lima tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang, kendala dan ancaman yang mungkn terjadi.

Dalam rangka mewujudkan tujuan organisasi, maka ditetapkan rencana strategis RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban yang merupakan penjabaran dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) yang terdiri dari sasaran dan indikator kinerja yang harus dicapai oleh RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban selama 5 tahun, mulai tahun 2012 sampai dengan 2016.

Secara umum sasaran yang ingin dicapai RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban tahun 2014 mengacu kepada visi, misi, motto dan tujuan RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban sebagaimana termuat dalam rencana strategis yang telah ditetapkan.

1. Visi

Memperhatikan visi Pemerintah Kabupaten Tuban yang tertuang di dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kabupaten Tuban 2012-2016 adalah : “Terwujudnya Masyarakat Kabupaten Tuban Yang Lebih Maju, Religius, Sejahtera dan Bermartabat dalam Tata Pemerintahan yang Kreatif dan Bersih“ serta misi khususnya nomor dua yaitu “Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan kualitas kesejahteraan sosial” maka dirumuskan Visi RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban “**Menjadi pusat rujukan dan pelayanan kesehatan yang profesional dengan mengutamakan kepuasan dan keselamatan pasien**”.

Makna dari visi tersebut adalah bahwa RSUD Dr. R. Koesma sesuai dengan fungsinya memberikan pelayanan rujukan. RSUD Dr. R. Koesma akan menjadi pusat rujukan dengan pelayanan yang profesional dan peralatan yang mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta biaya terjangkau oleh seluruh masyarakat.

2. Misi

1) Meningkatkan pelayanan yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.
2) Meningkatkan kompetensi dan kesejahteraan sumber daya manusia.
3) Meningkatkan sarana prasarana dan peralatan kesehatan yang canggih dan berkualitas sesuai dengan standar.
4) Menyelenggarakan pengelolaan Rumah Sakit secara transparan, akuntabel, efisien dan efektif.

3. Motto

Peduli dan Ramah.

4. Tujuan

Tujuan merupakan hasil yang ingin dicapai dalam kurun waktu lebih dari satu tahun, dan harus selaras dengan visi dan misi yang telah ditetapkan.

Sebagai tindak lanjut dari penetapan misi RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban, maka ditetapkan tujuan sebagai berikut :

1) Tercapainya kepuasan pelanggan melalui peningkatan mutu pelayanan yang terakreditasi.
2) Terpenuhinya pelayanan sesuai standar melalui tenaga profesional dan terlatih.
3) Tercapainya RSUD Dr. R. Koesma menjadi pusat rujukan daerah sekitar.
4) Terwujudnya tarif layanan yang kompetitif dan terjangkau bagi masyarakat.

B. RENCANA KINERJA TAHUNAN DAN PENETAPAN KINERJA TAHUN 2016

Rencana Kinerja Tahunan merupakan produk dari perencanaan kinerja, sebagai penjabaran lebih lanjut dari sasaran dan program yang telah ditetapkan dalam rencana strategis, yang akan dilaksanakan oleh instansi pemerintah melalui berbagai kegiatan dalam kurun waktu satu tahun.

Berdasarkan rencana kinerja tahunan tersebut, maka diajukan dan disetujui anggaran yang dibutuhkan untuk membiayai rencana kinerja tersebut. Berdasar rencana kinerja tahunan yang telah disetujui anggarannya, maka ditetapkan suatu penetapan kinerja yang merupakan kesanggupan dari penerima mandat untuk mewujudkan kinerja sesuai yang direncanakan. Dengan demikian penetapan kinerja ini merupakan suatu janji kinerja yang akan diwujudkan oleh seorang pejabat penerima amanah kepada atasannya langsung.

Dalam tahun berjalan, pelaksanaan kontrak kinerja ini akan dilakukan pengukuran kinerja untuk mengetahui sejauh mana capaian kinerja yang diwujudkan oleh organisasi serta dilaporkan dalam suatu laporan kinerja yang biasa disebut Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP).

Penetapan kinerja ini telah mengacu pada rencana strategis RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban tahun 2012-2016. Oleh karena itu indikator-indikator kinerja dan target tahunan yang digunakan dalam penetapan kinerja ini adalah Indikator Kinerja Utama yang telah ditetapkan dalam Renstra RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban.

Adapun uraian penetapan kinerja pada tahun 2016 adalah sebagai berikut :

1. Indikator Kinerja Utama dan target tahun 2016

Tabel 2.1

Target Indikator Kinerja Utama Tahun 2016

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET 2016
1	Meningkatkan Pelayanan Gawat Darurat	1) Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa	100%
		2) Jam buka Pelayanan Gawat Darurat	24jam
		3) Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/ GELS/ALS	100%
		4) Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim
		5) Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	<5 menit
		6) Kepuasan Pelanggan	70%
		7) Kematian pasien < 24 jam	≤2‰
		8) Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
2	Meningkatkan Pelayanan Rawat Jalan	1) Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis	100%
		2) Ketersediaan Pelayanan (klinik anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah, syaraf, mata, THT, kulit, paru, jantung, orthopedi)	100%
		3) Jam buka pelayanan (08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja, kecuali Jum'at 08.00 s/d 11.00)	100%
		4) Waktu tunggu di rawat jalan	≤60 menit
		5) Kepuasan Pelanggan	90%
		6) Penegakan diagnosis Tb melalui pemeriksaan mikroskopis TB	60%
		7) Terlaksananya Kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di rumah sakit	60%
3	Meningkatkan Pelayanan Rawat inap	1) Pemberi pelayanan di Rawat Inap	
		a. Dr. Spesialis	100%
		b. Perawat minimal pendidikan D3	100%
		2) Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	100%
		3) Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan,	100%

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET 2016
		Bedah) 4) Jam Visite Dokter Spesialis (08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja) 5) Kejadian infeksi pasca operasi 6) Kejadian Infeksi Nosokomial 7) Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian 8) Kematian pasien > 48 jam 9) Kejadian pulang paksa 10) Kepuasan pelanggan 11) Penegakan diagnosa TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB 12) Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit	 100% ≤1,5% ≤1,5% 100% ≤0,24 ≤5% 90% 100% 100%
4	Meningkatkan Pelayanan Bedah Sentral	1) Waktu tunggu operasi elektif 2) Kejadian kematian di meja operasi 3) Tidak adanya kejadian operasi salah sisi 4) Tidak adanya kejadian operasi salah orang 5) Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi 6) Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi 7) Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	≤2 hari ≤1 % 100% 100% 100% 100% ≤6%
5	Meningkatkan Pelayanan Persalinan dan Perinatologi	1) Kejadian kematian ibu karena persalinan a. Perdarahan b. Pre eklampsia c. Sepsis 2) Pemberi pelayanan persalinan normal a. Dokter Sp.OG b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal) c. Bidan 3) Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim Ponek Terlatih) 4) Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi a. Dokter Sp.OG b. Dokter Sp.A c. Dokter Sp. An. 5) Kemampuan menangani BBLR 1500 gr–2500 gr 6) Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria 7) Keluarga Berencana a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. Sp.OG, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dr. Umum terlatih b. Presentase KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih 8) Kepuasan Pelanggan	 ≤1% ≤30% ≤0,2% 100% - 100% 100% 100% 100% ≤20% 100% 100% 80%
6	Meningkatkan Pelayanan Intensif	1) Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang	≤3%

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET 2016
		sama < 72 jam 2) Pemberi pelayanan Unit Intensif a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/ setara D4	 100% 100%
7	Meningkatkan Pelayanan Radiologi	1) Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto 2) Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp. Rad) 3) Kejadian kegagalan pelayanan Rotgen 4) Kepuasan pelanggan	≤3 jam 100% ≤2% 80%
8	Meningkatkan Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik	1) Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (Kimia Darah dan Darah Rutin) 2) Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp.PK) 3) Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium 4) Kepuasan Pelanggan	≤140 menit 100% 100% 80%
9	Meningkatkan Pelayanan Rehabilitasi Medik	1) Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan 2) Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik 3) Kepuasan Pelanggan	≤50% 100% 80%
10	Meningkatkan Pelayanan Farmasi	1) Waktu tunggu pelayanan a. Obat Jadi b. Obat Racikan 2) Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat 3) Kepuasan pelanggan 4) Penulisan resep sesuai formularium	 ≤30 menit ≤60 menit 100% 80% 100%
11	Meningkatkan Pelayanan Gizi	1) Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2) Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien 3) Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	90% ≤20% 100%
12	Meningkatkan Pelayanan Tranfusi darah	1) Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi 2) Kejadian reaksi transfusi	100% ≤0,010%
13	Meningkatkan Pelayanan gakin	1) Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	100%
14	Meningkatkan Pelayanan Rekam medis	1) Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan 2) Kelengkapan Informed Concent setelah mendapatkan informasi yang jelas 3) Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan 4) Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	100% 100% ≤10 menit ≤15 menit
15	Meningkatkan Pelayanan	1) Baku mutu limbah cair a. BOD ≤ 30 mg/dl	 ≤30 mg/dl

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET 2016
	Pengolahan limbah	b. COD ≤ 80 mg/ dl c. TSS ≤ 30 mg/dl d. PH 6-9 2) Pengelolaan limbah padat infeksius dengan aturan	≤80 mg/ dl ≤30 mg/dl 6-9 100%
16	Meningkatkan Pelayanan Administrasi dan manajemen	1) Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi 2) Kelengkapan laporan Akuntabilitas kinerja 3) Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat 4) Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala 5) Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun 6) Cost recovery 7) Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan 8) Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap 9) Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu	100% 100% 100% 100% 60% 40% 100% ≤2 jam 100%
17	Meningkatnya Ambulan/ kereta jenazah	1) Waktu pelayanan ambulance/ Kereta jenazah 2) Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di Rumah Sakit (Maksimal 30 Menit)	24 jam 100%
18	Meningkatnya Pemulasaraan jenazah	1) Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaran jenazah	≤2 jam
19	Meningkatnya Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1) Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat 2) Ketepatan waktu pemeliharaan alat 3) Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	80% 100% 100%
20	Meningkatnya Pelayanan Laundry	1) Tidak adanya kejadian linen yang hilang 2) Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	100% 100%
21	Meningkatnya Pelayanan Pencegahan dan pengendalian infeksi	1) Ada anggota Tim PPI yang terlatih 2) Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen 3) Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)	75% 60% 75%

Sehubungan dengan berakhirnya RPJMD tahun 2012-2016 dan disusunnya RPJMD yang baru, maka diikuti dengan perubahan Indikator

Kinerja Utama RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban. Indikator Kinerja Perubahan RSUD dr. R. Koesma Tahun 2016 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2

Target Indikator Kinerja Utama Perubahan Tahun 2016

NO	SASARAN STRATEGIS	URAIAN INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TARGET TAHUN 2016
1.	Meningkatnya efisiensi, mutu pelayanan dan kepuasan masyarakat	1) Capaian IKM	%	78
		2) Prosentase Capain SPM	%	67
		3) Prosentase Capaian Elemen akreditasi versi 2012	%	80
		4) Capaian BOR	%	60-85
		5) Capaian ALOS	Hari	6-9
		6) Capaian TOI	Hari	1-3
		7) Capaian BTO	Kali	40-50
		8) Capaian NDR	Promil	<25
		9) Capaian GDR	Promil	<45
2.	Terpenuhinya standar kebutuhan sumber daya manusia sesuai dengan SPM dan standar RS tipe B	1) Prosentase jumlah SDM kesehatan sesuai kelas B	%	73
		2) Prosentase karyawan yang mendapatkan pelatihan	%	60
		3) Capaian IKK	%	70
3.	Terpenuhinya sarana prasarana dan peralatan kesehatan sesuai standar RS tipe B	1) Prosentase capaian akses pelayanan rumah sakit yang berkualitas	%	8
4.	Meningkatnya kualitas tata kelola Rumah Sakit yang baik, akuntabel, efektif, efisien, dan produktif	1) Capaian SGR (Sales Growth Rate) Akuntabilitas Kinerja	%	24
		2) Capaian CRR (Cost Recovery Rate)	%	95
		3) Kelengkapan Dokumen SAKIP	%	100

2. Program dan kegiatan

1) Program Pengadaan, Peningkatan Sarana Prasarana RS/ RS Jiwa/ RS Paru/ RS Mata

a. Pembangunan Gedung IGD

b. Pengadaan alat-alat kesehatan (DAK Rp. 5.094.140.000,00)

c. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat dengan penyediaan fasilitas perawatan kesehatan bagi penderita akibat dampak asap rokok (DBHCHT)

d. Penyediaan/ pemeliharaan sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang terkena penyakit akibat dampak konsusmsi rokok dan penyakit lainnya (alat kesehatan) (DBHCHT)
e. Pengadaan perlengkapan rumah tangga rumah sakit (pajak rokok)
f. Pengadaan alat-alat Kesehatan rumah sakit (pajak rokok)
g. Pengadaan Meubelair Rumah Sakit (Pajak Rokok)

2) Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan
   a. Peningkatan Pasien Rawat Jalan
   b. Penanganan Pasien Terlantar yang meninggal dunia
3) Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lansia
   a. Pelayanan Pemeliharaan Kesehatan Lansia
4) Program Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit (Kegiatan Peningkatan Pelayanan BLUD RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban)
   a. Biaya Pegawai
      (1) Biaya Pegawai BLUD
      (2) Biaya Jasa Pelayanan
   b. Biaya Barang/ Jasa
      (1) Biaya Pengadaan Bahan Obat
      (2) Biaya Pengadaan Bahan dan Alat Habis Pakai
      (3) Biaya Pengadaan Bahan Laboratorium
      (4) Biaya Pengadaan Bahan Radiologi
      (5) Biaya Pengadaan Bahan Makanan dan Minuman Pasien
      (6) Biaya Pengadaan Bahan Oksigen
      (7) Biaya Pengadaan Darah PMI
      (8) Biaya Bahan Pemeriksaan Kesehatan di luar RSUD dr. R Koesma
      (9) Biaya Pengadaan Bahan Bakar Ambulan
      (10) Biaya Pemeliharaan Peralatan Dan Mesin
      (11) Biaya Pemeliharaan Kendaraan Ambulan
      (12) Biaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
      (13) Biaya keselamatan Pengunjung Dan Karyawan
      (14) Biaya Cetak Dokumen Rekam Medis
      (15) Biaya Perlengkapan dan Pemeriksaan Sanitasi
      (16) Biaya Perlengkapan Laundry
      (17) Biaya Peralatan Produksi dan Peralatan Makanan Pasien

(18) Biaya Perlengkapan Sterilisasi Alat Unit CSSD
(19) Biaya Bahan Logistik Pasien Graha Aryo Tejo
(20) Biaya Perlengkapan Pelayanan Farmasi
(21) Biaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
(22) Biaya Pengembalian Retribusi Pelayanan
(23) Biaya Kerjasama Operasional LIS
(24) Biaya Jasa Pemusnahan Limbah B3
(25) Biaya Penyediaan Benda Pos dan Pengiriman
(26) Biaya Cetak Rumah Sakit
(27) Biaya Penggandaan dan Penjilidan
(28) Biaya Alat tulis Kantor
(29) Biaya Makan dan Minum Rumah Sakit
(30) Biaya Pengadaan Pakaian dinas Beserta Perlengkapannya
(31) Biaya Perjalanan Dinas
(32) Biaya Pemeliharaan Gedung dan Bangunan
(33) Biaya Pemeliharaan Jalan, Jaringan dan Instalasi
(34) Biaya Pemeliharaan Kendaraan Operasional
(35) Biaya Pemeliharaan Peralatan Kantor
(36) Biaya Pemeliharaan Aset Tetap Lainnya
(37) Biaya Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik
(38) Biaya Bahan Bakar Minyak dan Pelumas
(39) Biaya Jasa Kebersihan
(40) Biaya Penyediaan Jasa Keamanan Lingkungan
(41) Biaya Perijinan
(42) Biaya Langganan Media
(43) Biaya Pengembangan SDM
(44) Biaya Transportasi dan Akomodasi Narasumber
(45) Biaya Jasa Konsultan / Bimbingan
(46) Biaya Jasa Pengelolaan Dokumen Arsip
(47) Biaya Jasa Pemusnahan Barang Persediaan
(48) Biaya Jasa Konsultan Penyusunan Rencana Strategi Bisnis
(49) Biaya Jasa Konsultan Review Audit Akuntansi Keuangan
(50) Biaya Promosi
(51) Biaya Penjaringan Aspirasi Masyarakat

(52) Biaya Penyediaan Jasa Tenaga Pihak Ketiga

(53) Biaya Jasa Pendampingan Bantuan Hukum

c. Biaya Modal

(1) Biaya Belanja Pengurusan Sertifikat Rumah Dinas dan Tanah Kuburan (3 obyek/ dokumen)

(2) Biaya Pembangunan Gedung Rawat Jalan dan Ruang Administrasi

(3) Biaya Pembangunan Garasi Mobil Dinas

(4) Biaya Pembangunan Rumah Genzet

(5) Biaya Pembangunan Rumah Gas Medik Sentral

(6) Biaya Pembangunan Jalan Akses Dropzone Pavilyun

(7) Biaya Rehabilitasi Sedang/Berat (Ruang V) Instalasi Bedah Sentral

(8) Biaya Pengadaan Electric Generating Set

(9) Biaya Pengadaan Alat-alat Kesehatan Rumah Sakit

(10) Biaya Pengadaan Alat Processing Lain-lain (perijinan incenerator)

(11) Biaya Pengadaan Peralatan dan Perlengkapan Teknologi Informasi

(12) Biaya Pengadaan Meubelair Rumah sakit

(13) Biaya Pengadaan Perlengkapan Rumah Tangga Lainnya (home Use)

(14) Biaya Modal Pengadaan Tambah Daya Gadu Listrik Induk dari 345 KVA menjadi 555 KVA

(15) Biaya Penambahan Jaringan Oksigen Sentral

(16) Biaya Pengadaan Bahan Pustaka

(17) Biaya Pengadaan Alat Peraga

(18) Biaya Peyusunan Dokumen Lingkungan Hidup RSUD dr. R. Koesma

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

Sesuai dengan amanat inpres nomor 7 tahun 1999 tentang akuntabilitas kinerja instansi pemerintah dan inpres nomor 5 tahun 2004 tentang percepatan dan pemberantasan korupsi dilaksanakan dalam rangka mewujudkan pemerintahan yang lebih menjamin adanya keseimbangan dan wujud nyata akuntabilitas kepada masyarakat, selain itu juga menunjukkan upaya pertanggungjawaban sesuai amanat peraturan pemerintah nomor 8 tahun 2006 tentang pelaporan keuangan dan kinerja instansi pemerintah.

Pencapaian sasaran diperoleh dengan cara membandingkan target dengan realisasi indikator sasaran. Kemudian atas hasil pengukuran kinerja tersebut dilakukan evaluasi untuk mengetahui keberhasilan dan kegagalan pencapaian sasaran strategis.

Untuk mempermudah intrepretasi atas pencapaian sasaran dan program/ kegiatan serta indikator makro diberlakukan nilai disertai makna dari nilai tersebut yaitu:

No	Kategori	Nilai Angka	Intreprestasi
1	AA	>85-100	Memuaskan
2	A	>75-85	Sangat Baik
3	B	>65-75	Baik
4	CC	>50-65	Cukup Baik
5	C	>30-50	Agak kurang
6	D	0-30	Kurang

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Evaluasi pencapaian kinerja yang dimaksud dalam laporan ini adalah evaluasi internal yaitu penilaian secara mandiri oleh RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban terhadap hasil pengukuran kinerja organisasi.

Dalam evaluasi ini juga diuraikan hal-hal yang mendukung keberhasilan sekaligus hal-hal yang menghambat sehingga menimbulkan kegagalan pencapaian target. Diupayakan pula menginventarisir langkah-langkah antisipasi yang akan dilakukan sehingga kinerja pemerintah semakin baik pada masa-masa yang akan datang.

Secara rinci prosentase pencapaian indikator sasaran pada RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban dapat dilihat pada tabel berikut:

1. Indikator Kinerja Utama Tahun 2016

1) Meningkatnya Pelayanan Gawat Darurat

Tabel 3.1.1
Pengukuran Kinerja Pelayanan Gawat Darurat Tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Kemampuan menangani live saving anak dan dewasa	%	70	87,19	**124,56%**	80	87,07	**108,84%**	90	87,43	**97,14%**	100	85,71	**85,71%**	100
2	Jam buka pelayanan Gawat Darurat	Jam	24	24	**100,00%**	24	24	**100,00%**	24	24	**100,00%**	24	24	**100,00%**	24
3	Pemberi pelayanan kegawadaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (ATLS/BTLS/ ACLS/ PPGD)	%	40	87,65	**219,13%**	90	94,66	**105,18%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
4	Kesediaan tim penanggulangan bencana	Tim	1	1	**100,00%**	1	1	**100,00%**	1	1	**100,00%**	1	1	**100,00%**	1
5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	Menit	<5	5	**100,00%**	<5	10,12	**49,41%**	<5	5	**100,00%**	5	5	**100,00%**	5
6	Kepuasan Pelanggan	%	65	76,07	**117,03%**	70	78,69	**112,41%**	70	79,38	**113,40%**	70	79,27	**113,24%**	70
7	Kematian Pasien ≤24 jam	‰	≤10	14,83	**67,43%**	≤5	10,99	**45,50%**	≤2	10,33	**-316,50%**	≤2	10,37	**-318,50%**	≤2
8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

2) Meningkatnya Pelayanan Rawat Jalan

Tabel 3.2.1.
Pengukuran kinerja pelayanan rawat jalan tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Dokter Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	%	80	73,09	**91,36%**	100	86,69	**86,69%**	100	90,48	**90,48%**	100	91,91	**91,91%**	100
2	Ketersediaan pelayanan (klinik anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah, syaraf, mata, THT, kulit, paru, jantung, orthopedi)	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	90,91	**90,91%**	100	100	**100,00%**	100
3	jam buka pelayanan, 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali hari jumat jam 08.00 s/d 11.00.	%	100	99,62	**99,62%**	100	99,32	**99,32%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
4	Waktu tunggu di rawat jalan	Menit	≤90	66	**126,67%**	≤60	59,6	**105,17%**	≤60	56,19	**106,35%**	≤60	48	**106,35%**	≤60
5	Kepuasan Pelanggan	%	80	75,49	**94,36%**	90	79,43	**88,26%**	90	80,19	**89,10%**	90	77,89	**86,54%**	90
6	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	60	11,2	**18,67%**	60	17,94	**29,90%**	60	12,74	**21,23%**	60	96,82	**161,37%**	60
7	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	%	60	100	**166,67%**	60	100	**166,67%**	60	100	**166,67%**	60	91,18	**151,97%**	≥60

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

3) Meningkatnya Pelayanan Rawat Inap

Tabel 3.3.1
Pengukuran kinerja pelayanan rawat inap tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Pemberi pelayanan di rawat inap														
	a. Dokter Spesialis	%	100	74,66	**74,66%**	100	100,00	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	87,65	**87,65%**	100
	b. Perawat minimal D3	%	100	100	**100,00%**	100	100,00	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	%	100	99,9	**9990,00%**	100	100,00	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
3	Ketersediaan pelayanan rawat inap (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Bedah)	%	100	100	**100,00%**	100	100,00	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
4	Jam visite Dokter Spesialis: 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	%	100	93,75	**93,75%**	100	100,00	**100,00%**	100	99,49	**99,49%**	100	97,4	**97,40%**	100
5	Kejadian infeksi pasca operasi	%	≤2,5	0	**200,00%**	≤1,5	0,00	**200,00%**	≤1,5	0,13	**191,33%**	≤1,5	0,46	**191,33%**	≤1,5
6	Kejadian infeksi nosokomial	%	≤2,5	0,1	**200,00%**	≤1,5	0,00	**200,00%**	≤1,5	0	**200,00%**	≤1,5	0,21	**200,00%**	≤1,5
7	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	%	95	100	**105,26%**	100	100,00	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
8	kematian pasien >48 jam	%	≤0,50	1,49	**(-98)%**	≤0,24	2,53	**(-854,17)%**	≤0,24	2,37	**(-787,5)%**	≤0,24	2,15	**(-787,5)%**	≤0,24
9	Kejadian pulang paksa	%	≤7,5	2,65	**164,67%**	≤5	2,92	**156,00%**	≤5	2,16	**156,80%**	≤5	2,11	**156,80%**	≤5
10	Kepuasan Pelanggan	%	80	78,5	**98,13%**	90	79,64	**88,49%**	90	75,07	**83,41%**	90	80,15	**89,06%**	90
11	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	90	25,44	**28,27%**	100	9,43	**9,43%**	100	45,03	**45,03%**	100	45,03	**45,03%**	100
12	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di	%	90	100	**111,11%**	100	97,48	**97,48%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

4) Meningkatnya Pelayanan Bedah Sentral

Tabel 3.4.1
Pengukuran kinerja pelayanan bedah sentral tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Waktu tunggu operasi elektif	Hari	≤2	1,75	**112,50%**	≤2	1,33	**133,50%**	≤2	1,15	**142,50%**	≤2	1,15	**142,50%**	≤2
2	Kejadian kematian di meja operasi	%	≤1	0,03	**197,00%**	≤1	0	**200,00%**	≤1	0	**200,00%**	≤1	0	**200,00%**	≤1
3	tidak adanya kejadian operasi salah sisi	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
7	Komplikasi Anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal	%	≤6	0	**200,00%**	≤6	0	**200,00%**	≤6	0	**200,00%**	≤6	0	**200,00%**	≤6

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

5) Meningkatnya Pelayanan persalinan dan perinatologi

Tabel 3.5.1
Pengukuran kinerja pelayanan persalinan dan perinatologi
tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Kejadian kematian ibu karena persalinan														
	a. Perdarahan	%	≤2	0,88	**156,00%**	≤1	1	**100,00%**	≤1	0	**200,00%**	≤1	0	**200,00%**	≤1
	b. Pre eklampsia	%	≤35	0,36	**198,97%**	≤30	0	**200,00%**	≤30	2,38	**192,07%**	≤30	0	**200,00%**	≤30
	c. Sepsis	%	≤0,3	100	**66,57%**	≤0,2	0	**200,00%**	≤0,2	0	**200,00%**	≤0,2	0	**200,00%**	≤0,2
2	Pemberi pelayanan persalinan normal														
	a. Dokter Sp.OG	%	80	100	**125,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
	b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	c. Bidan	%	80	100	**125,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim Ponek Terlatih)	%	80	100	**125,00%**	100	61,1	**61,10%**	100	99,26	**99,26%**	100	100	**100,00%**	100
4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	%	100	78,7	**78,70%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
	a. Dokter Sp.OG														
	b. Dokter Sp.A														
	c. Dokter Sp. An.														
5	Kemampuan menangani Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) 1500 gr–2500 gr	%	90	86,2	**95,78%**	100	89,7	**89,70%**	100	77,89	**77,89%**	100	95,84	**95,84%**	100
6	Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	%	≤25	36,22	**55,12%**	≤20	37,06	**14,70%**	≤20	42,46	**(-12,30)%**	≤20	42,46	**(-12,30)%**	≤20
7	Keluarga Berencana														
	a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. Sp.OG, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dr. Umum terlatih	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	27,27	**27,27%**	100	8,5	**8,50%**	100
	b. Presentase KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	%	100	100	**100,00%**	100	78,03	**78,03%**	100	75,21	**75,21%**	100	100	**100,00%**	100
8	Kepuasan Pelanggan	%	75	77,09	**102,79%**	80	85,08	**85,08%**	80	81,61	**102,01%**	80	84,22	**105,28%**	80

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

6) Meningkatnya Pelayanan intensif

Tabel 3.6.1
Pengukuran kinerja pelayanan intensif tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	%	≤4	0	**100,00%**	≤3	0	**100,00%**	≤3	0,71	**176,33%**	≤3	0,1	**176,33%**	≤3
2	Pemberi pelayanan Unit Intensif														
	a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
	b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/ setara D4	%	45	13,33	**29,62%**	75	13,33	**17,77%**	100	62,26	**62,26%**	100	25	**25,00%**	100

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

7) Meningkatnya Pelayanan Radiologi

Tabel 3.7.1
Pengukuran kinerja pelayanan radiologi tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	Jam	≤6	27	**(-250)%**	≤3	23	**(-566,67)%**	≤3	18,53	**(-417,67)%**	≤3	14,05	**(-268,30)%**	≤3
2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp. Rad)	%	100	77,33	**77,33%**	100	87,9	**87,90%**	100	89,61	**89,61%**	100	86,46	**86,46%**	100
3	Kejadian kegagalan pelayanan Rotgen	%	≤3	1,67	**100,00%**	≤2	1,54	**100,00%**	≤2	0,71	**164,50%**	≤2	0	**200,00%**	≤2
4	Kepuasan pelanggan	%	70	74,04	**105,77%**	80	73,13	**91,41%**	80	75,97	**94,96%**	80	79,14	**98,93%**	80

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

8) Meningkatnya Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik

Tabel 3.8.1
Pengukuran kinerja pelayanan laboratorium patologi klinik
tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	Menit	≤180	161,66	**100,00%**	≤140	170,96	**81,89%**	≤140	183	**69,29%**	≤140	179	**72,14%**	≤140
2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp.PK)	%	80	6,09	**761,25%**	100	14,1	**14,10%**	100	44,56	**44,56%**	100	12,02	**44,56%**	100
3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
4	Kepuasan Pelanggan	%	75	72,68	**96,91%**	80	72,72	**90,90%**	80	77,19	**96,49%**	80	77,3	**96,49%**	80

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

9) Meningkatnya Pelayanan Rehabilitasi Medik

Tabel 3.9.1
Pengukuran kinerja Rehabilitasi Medik tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	%	≤50	2	**100,00%**	≤50	1,03	**100,00%**	≤50	0,54	**198,92%**	≤50	19,66	**160,68%**	≤50
2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi	%	90	100	**111,11%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
3	Kepuasan pelanggan	%	80	77,42	**96,78%**	80	83,38	**104,23%**	80	77,42	**96,78%**	80	78,27	**96,78%**	80

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

10) Meningkatnya Pelayanan Farmasi

Tabel 3.10.1
Pengukuran kinerja pelayanan farmasi tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Waktu tunggu pelayanan														
	a. Obat Jadi	Menit	≤30	25,7	**114,33%**	≤30	26,83	**110,57%**	≤30	27,03	**109,90%**	≤30	32	**109,90%**	≤30
	b. Obat Racikan	Menit	≤75	37,94	**149,41%**	≤60	52,78	**120,03%**	≤60	37,08	**138,30%**	≤60	62	**138,30%**	≤60
2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	100	99,27	**99,27%**	100	100	**100,00%**	100	99,5	**99,50%**	100	92	**99,50%**	100
3	Kepuasan pelanggan	%	80	73,33	**91,66%**	80	73,34	**91,68%**	80	80,65	**100,81%**	80	77,7	**100,81%**	80
4	Penulisan resep sesuai formularium	%	80	100	**125,00%**	90	100	**111,11%**	100	97,22	**97,22%**	100	98,45	**97,22%**	100

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

11) Meningkatnya Pelayanan Gizi

Tabel 3.11.1
Pengukuran kinerja pelayanan gizi tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	90	100	**111,11%**	90	100	**111,11%**	90	100	**111,11%**	90	100	**111,11%**	90
2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	%	≤20	31,79	**41,05%**	≤20	14,76	**126,20%**	≤20	15,95	**120,25%**	≤20	21,05	**120,25%**	≤20
3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	%	100	99,8	**99,80%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

12) Meningkatnya Pelayanan Tranfusi Darah

Tabel 3.12.1
Pengukuran kinerja pelayanan tranfusi darah tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
2	Kejadian reaksi transfusi	%	≤0,010	0,014	**(-300,00)%**	≤0,010	1,46	**(-14.400)%**	≤0,010	0,79	**(-7.700)%**	≤0,010	0,88	**(-8.600)%**	≤0,010

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

13) Meningkatnya Pelayanan Gakin

Tabel 3.13.1
Pengukuran kinerja pelayanan gakin tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

14) Meningkatnya Pelayanan Rekam Medik

Tabel 3.14.1
Pengukuran kinerja pelayanan rekam medik tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	%	90	99,66	**110,73%**	100	99,53	**99,53%**	100	96,97	**96,97%**	100	92,91	**92,91%**	100
2	Kelengkapan *Informed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	%	90	66,46	**73,84%**	100	86,28	**86,28%**	100	95,82	**95,82%**	100	94,99	**94,99%**	100
3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	Menit	≤20	11,18	**144,10%**	≤10	8,29	**171,10%**	≤10	8,24	**117,60%**	≤10	10	**100,00%**	≤10
4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Menit	≤30	16,56	**144,80%**	≤15	10,1	**132,67%**	≤15	12,75	**115,00%**	≤15	15	**100,00%**	≤15

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

15) Meningkatnya Pelayanan Pengelolaan Limbah

Tabel 3.15.1
Pengukuran kinerja pelayanan pengolahan limbah tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Baku mutu limbah cair														
	a. BOD ≤ 30 mg/dl	mg/dl	≤30	14,59	**151,37%**	≤30	14,59	**151,37%**	≤30	11,47	**161,77%**	≤30	15,99	**146,70%**	≤30
	b. COD ≤ 80 mg/ dl	mg/dl	≤80	39,013	**151,24%**	≤80	39,013	**151,24%**	≤80	33,24	**155,95%**	≤80	31,1	**161,13%**	≤80
	c. TSS ≤ 30 mg/dl	mg/dl	≤30	3	**190,00%**	≤30	3	**190,00%**	≤30	6,07	**179,77%**	≤30	8	**173,33%**	≤30
	d. PH 6-9	mg/dl	6'-9	7,5	**100,00%**	6'-9	7,5	**100,00%**	6'-9	7,15	**100,00%**	6'-9	7,28	**100,00%**	6'-9
2	Pengelolaan limbah padat infeksius dengan aturan	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

16) Meningkatnya Administrasi dan Manajemen

Tabel 3.16.1
Pengukuran kinerja Administrasi dan Manajemen tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
2	Kelengkapan laporan Akuntabilitas kinerja	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100	100	**100,00%**	100	84,34	**84,34%**	100	100	**100,00%**	100	82,76	**82,76%**	100
4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam	%	40	14,26	**35,65%**	50	63,18	**126,36%**	60	50,47	**84,12%**	60	87	**145,00%**	60
6	Cost recovery	%	30	86,88	**289,60%**	40	72,28	**180,70%**	40	93,04	**232,60%**	40	95,3	**238,25%**	40
7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Jam	≤2	64 menit	**153,50%**	≤2	1	**150,00%**	≤2	1	**150,00%**	≤2	45 menit	**162,50%**	≤2
9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

17) Meningkatnya Pelayanan Ambulan / Kereta Jenazah

Tabel 3.17.1
Pengukuran kinerja Pelayanan Ambulan / Kereta Jenazah tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Waktu pelayanan ambulance/ Kereta jenazah	Jam	24	24	**100,00%**	24	24	**100,00%**	24	24	**100,00%**	24	24	**100,00%**	24
2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di Rumah Sakit <30 menit	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

18) Meningkatnya Pelayanan Pemulasaraan Jenazah

Tabel 3.18.1
Pengukuran kinerja Pelayanan Pemulasaraan Jenazah tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaran jenazah	Jam	≤2	44,52 menit	**163,00%**	≤2	49,32 menit	**159,00%**	≤2	51,67 menit	**143,00%**	≤2	45 menit	**162,50%**	≤2

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

19) Meningkatnya Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit

Tabel 3.19.1
Pengukuran kinerja Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	%	80	100	**125,00%**	80	94,17	**117,71%**	80	91,37	**114,21%**	80	91,43	**114,29%**	80
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	%	100	100	**100,00%**	100	99,45	**99,45%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	%	100	37,04	**37,04%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

20) Meningkatnya Pelayanan laundry

Tabel 3.20.1
Pengukuran kinerja Pelayanan laundry tahun 2013-2016

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET NASIONAL
			RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	%	100	99,9	**99,90%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	99,18	**99,18%**	100	100	**100,00%**	100

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

21) Meningkatnya Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)

Tabel 3.21.1
Pengukuran kinerja Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)
tahun 2013-2016

1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	%	75	100	**133,33%**	75	100	**133,33%**	75	100	**133,33 %**	75	66,7	**88,93%**	75
2	Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	%	60	100	**166,67%**	60	100	**166,67%**	60	100	**166,67 %**	60	93	**155,00%**	60
3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (*Health Care Associated Infection*) di RS (min 1 parameter)	%	75	100	**133,33%**	75	100	**133,33%**	75	100	**133,33 %**	75	93	**124,00%**	75

Sumber : Data RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

2. Indikator Kinerja Utama (IKU) Perubahan Tahun 2016

1) Meningkatnya efisiensi, mutu pelayanan dan kepuasan masyarakat

a. Pengukuran Kinerja

Tabel 3.22.1
Pengukuran Kinerja Tahun 2016

NO	INDIKATOR	SATUAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN
1	Capaian IKM	%	78	79,25	102,60
2	Prosentase Capaian SPM	%	67	69,23	103,33
3	Prosentase capaian elemen Akreditasi versi 2012	%	80	88,13	101,16
4	Capaian BOR	%	65	85,60	106,41
5	Capaian ALOS	Hari	≤7	4,25	139,29
6	Capaian TOI	Hari	≤2	0,65	167,5
7	Capaian BTO	Kali	≤50	80,81	38,38
8	Capaian NDR	‰	≤25	27,87	88,52
9	Capaian GDR	‰	≤45	48,53	92,15

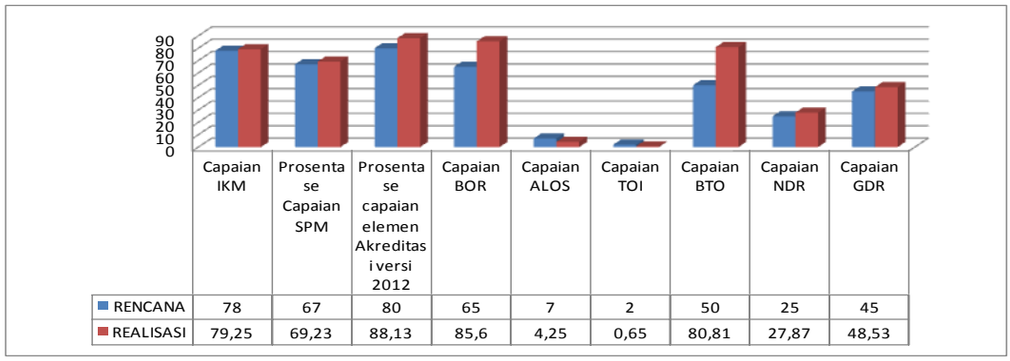
Sumber : Data RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

b. Analisis Pencapaian Kinerja

(1) Perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun 2016

Grafik 3.1.1

Perbandingan Target dengan Realisasi Kinerja



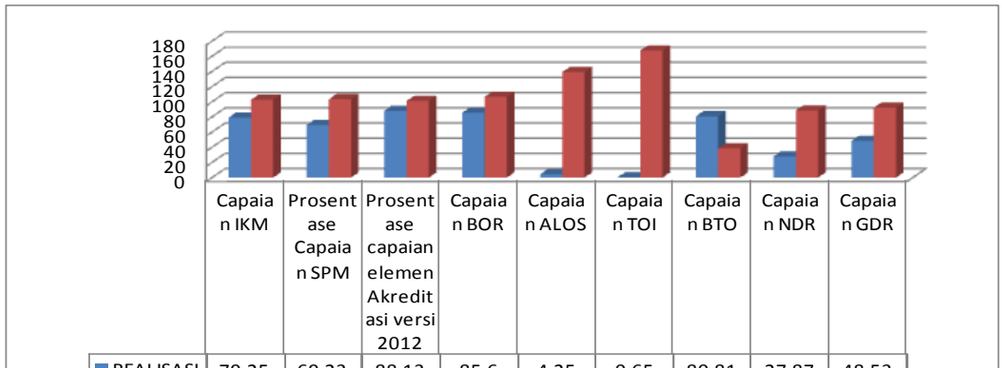
	Capaian IKM	Prosentase Capaian SPM	Prosentase capaian elemen Akreditasi versi 2012	Capaian BOR	Capaian ALOS	Capaian TOI	Capaian BTO	Capaian NDR	Capaian GDR
RENCANA	78	67	80	65	7	2	50	25	45
REALISASI	79,25	69,23	88,13	85,6	4,25	0,65	80,81	27,87	48,53

Dari grafik 3.1.1 dapat diketahui bahwa target dan realisasi indikator dari sasaran “Meningkatnya efisiensi, mutu pelayanan dan kepuasan masyarakat” di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016. Terdapat 9 indikator, dimana 3 indikator tidak tercapai yaitu capaian BTO, capaian NDR, dan capaian GDR. Bed Turn Over (BTO) adalah angka perputaran tempat tidur, target yang diharapkan adalah 50 kali akan tetapi realisasi pada tahun 2016 adalah 80,81 kali. Artinya tingkat perputaran tempat tidur di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban terlalu tinggi. Net Death Rate (NDR) adalah angka kematian pasien 48 jam setelah dirawat, target yang ditetapkan ≤25‰ akan tetapi realisasi 27,87‰, melebihi target yang ditetapkan. Gross Death Rate (GDR) adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 kematian, target yang ditetapkan ≤45‰ akan tetapi realisasi masih 48,53‰, masih melebihi target yang ditetapkan.

(2) Perbandingan antara realisasi kinerja tahun 2016 dengan capaian kinerja 2016

Grafik 3.1.2

Perbandingan Realisasi dengan Capaian Kinerja



	Capaian IKM	Prosentase Capaian SPM	Prosentase capaian elemen Akreditasi versi 2012	Capaian BOR	Capaian ALOS	Capaian TOI	Capaian BTO	Capaian NDR	Capaian GDR
REALISASI	79,25	69,23	88,13	85,6	4,25	0,65	80,81	27,87	48,53
CAPAIAN	102,6	103,33	101,16	106,41	139,29	167,5	38,38	88,52	92,15

Dari grafik 3.1.2 dapat diketahui perbandingan realisasi dengan capaian kinerja. Jika dilihat dari capaian indikator, terdapat 3 indikator dimana capaian kinerja belum mencapai 100% yaitu capaian BTO, capaian NDR, dan capaian GDR. Capaian terendah yaitu pada Bed Turn Over (BTO) yaitu 38,38%.

(3) Perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah 2012-2016

Untuk analisis perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah tidak bisa dilakukan evaluasi, dikarenakan indikator ini merupakan indikator transisi dari RPJMD yang lama ke RPJMD yang baru.

(4) Perbandingan realisasi kinerja dengan standar nasional

Tabel 3.22.2
Perbandingan realisasi kinerja dengan standar nasional Tahun 2016

NO	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR NASIONAL	REALISASI
1	Capaian IKM	%	-	79,25
2	Prosentase Capaian SPM	%	-	69,23
3	Prosentase capaian elemen Akreditasi versi 2012	%	80	88,13
4	Capaian BOR	%	65-85	85,60
5	Capaian ALOS	Hari	6-9	4,25
6	Capaian TOI	Hari	1-3	0,65
7	Capaian BTO	Kali	40-50	80,81
8	Capaian NDR	‰	≤25	27,87
9	Capaian GDR	‰	≤45	48,53

Sumber : Data RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban 2016

(5) Analisis Penyebab Keberhasilan/ kegagalan dan Solusi

Dari tabel 3.22.1 dapat diketahui bahwa terdapat 9 indikator untuk sasaran “Meningkatnya efisiensi, mutu pelayanan dan kepuasan masyarakat” di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016. Dari 9 indikator, 3 indikator tidk tercapai yaitu capaian BTO, capaian NDR, dan capaian GDR. Analisis penyebab keberhasilan/ kegagalan pencapaian indikator tersebut adalah sebagai berikut:

(a) Capain Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM), adalah pernyataan tentang persepsi pasien terhadap pelayanan yang diberikan di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban. Target capaian IKM tahun 2016 adalah 78%, realisasi hasil survey IKM tahun 2016 adalah 79,25%, prosentase capaian keberhasilannya adalah 102,60%. Faktor keberhasilannya adalah adanya komitmen dari seluruh unsur di rumah sakit mulai dari manajemen sampai dengan petugas yang terlibat langsung, dalam memenuhi

sarana prasarana rumah sakit, peningkatan kapasitas dan kapabilitas SDM, dan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

(b) Presentasi Capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM), merupakan prosentase dari hasil capaian seluruh indikator SPM di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban. Target capaian SPM pada tahun 2016 adalah 67%, realisasi capaian SPM pada tahun 2016 adalah 69,23%, prosentase capaian keberhasilannya adalah 103,33%. Faktor keberhasilannya adalah adanya komitmen dari seluruh unsur di rumah sakit mulai dari manajemen sampai dengan petugas yang terlibat langsung, dalam memenuhi sarana prasarana rumah sakit, peningkatan kapasitas dan kapabilitas SDM, dan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

(c) Presentasi capaian elemen akreditasi versi 2012 adalah presentasi dari seluruh capaian elemen akreditasi versi 2012 yang dievaluasi oleh lembaga independen yaitu Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Target capaian elemen akreditasi versi 2012 adalah 80%, realisasi capaian elemen akreditasi versi 2012 adalah 88,13%, presentasi capaian keberhasilannya adalah 101,16. Faktor keberhasilannya adalah adanya komitmen dari seluruh komponen di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban dalam memenuhi seluruh standar dalam elemen akreditasi versi 2012.

(d) Capaian Bed Occupancy Ratio (BOR) atau angka penggunaan tempat tidur, adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Target capaian BOR tahun 2016 adalah 65%, realisasi capaian BOR tahun 2016 adalah 85,60%, presentasi capaian keberhasilannya adalah 106,41%. Faktor keberhasilannya adalah adanya komitmen dari seluruh komponen di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban dalam penyelenggaraan pelayanan di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban.

(e) Capaian Average Length Of Stay (ALOS) atau rata-rata lamanya pasien dirawat adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Target capaian ALOS pada tahun 2016 adalah ≤7 hari,

realisasi capaian ALOS 4,25 hari, sedangkan capaian keberhasilan ALOS pada tahun 2016 adalah 139,29%. Faktor keberhasilannya adalah adanya komitmen dari seluruh komponen di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban dalam penyelenggaraan pelayanan di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban.

(f) Capaian Turn Over Interval (TOI) atau tenggang perputaran, adalah rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Target capaian TOI pada tahun 2016 adalah ≤2 hari, realisasi capaian TOI 0,65 hari, sedangkan capaian keberhasilan TOI pada tahun 2016 adalah 167,5%. Faktor keberhasilannya adalah adanya komitmen dari seluruh komponen di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban dalam penyelenggaraan pelayanan di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban.

(g) Capaian Bed Turn Over (BTO) atau angka perputaran tempat tidur, adalah frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Target capaian BTO tahun 2016 adalah ≤50 kali, realisasi capaian BTO tahun 2016 adalah 80,81 kali, presentasi capaian keberhasilannya adalah 38,38%. Faktor kegagalannya adalah peningkatan jumlah kunjungan pasien pada tahun 2016, yang tidak sesuai dengan jumlah kapasitas tempat tidur di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban, sehingga tingkat perputaran tempat tidur terlalu tinggi.

(h) Capaian Net Death Rate (NDR), adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Target capaian NDR pada tahun 2016 adalah ≤25‰, realisasi capaian NDR 27,87‰, sedangkan capaian keberhasilan NDR pada tahun 2016 adalah 88,52%. Faktor kegagalannya adalah kurangnya pelatihan pada petugas di rawat inap, keterbatasan jumlah tenaga Dokter Spesialis, sarana dan prasarana yang belum sesuai dengan standar tipe B dan kondisi klinis pasien yang sudah memburuk.

(i) Capaian Gross Death Rate (GDR), adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar. Target capaian GDR

pada tahun 2016 adalah ≤45‰, realisasi capaian NDR 48,53‰, sedangkan capaian keberhasilan GDR pada tahun 2016 adalah 92,15%. Faktor kegagalannya adalah kurangnya pelatihan pada petugas di rawat inap, keterbatasan jumlah tenaga Dokter Spesialis, sarana dan prasarana yang belum sesuai dengan standar tipe B dan kondisi klinis pasien yang sudah memburuk.

Solusi yang di lakukan:

(a) Meningkatkan pelayanan di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban, baik dari segi SDM maupun sarana prasarana.

(b) Menyediakan anggaran diklat untuk peningkatan kompetensi SDM.

(c) Rencana pembangunan gedung Paviliun tahap II pada tahun 2017.

(d) Memberikan pelayanan sesuai dengan standar dan prosedur yang ada.

(6) Analisis program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan/ kegagalan pencapaian kinerja

(a) Program pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit/ rumah sakit jiwa/ rumah sakit paru-paru/ rumah sakit mata.

(b) Program kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan

(c) Program Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit

2) Terpenuhinya standar kebutuhan sumber daya manusia sesuai dengan SPM dan standar RS tipe B

a. Pengukuran Kinerja

Tabel 3.22.1
Pengukuran Kinerja Tahun 2016

NO	INDIKATOR	SATUAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN
1	Prosentase jumlah SDM kesehatan sesuai kelas B	%	73	87,43	119,77
2	Prosentase karyawan yang mendapatkan pelatihan	%	60	87	145
3	Capaian IKK	%	70	69,10	98,71

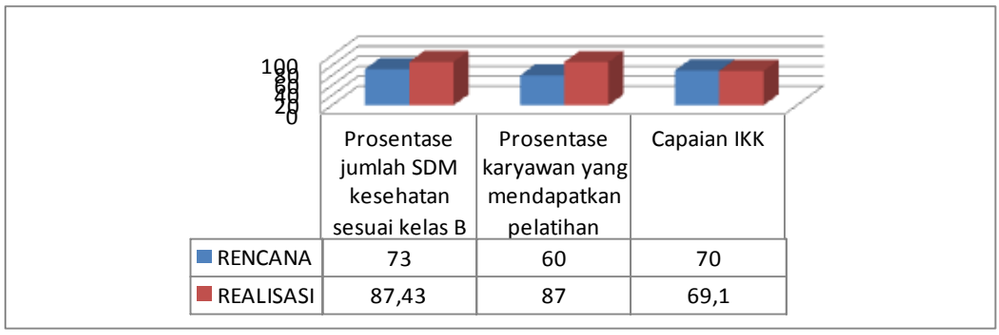
Sumber: Data RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

b. Analisis Pencapaian Kinerja

(1) Perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun 2016

Grafik 3.2.1

Perbandingan target dan realisasi kinerja

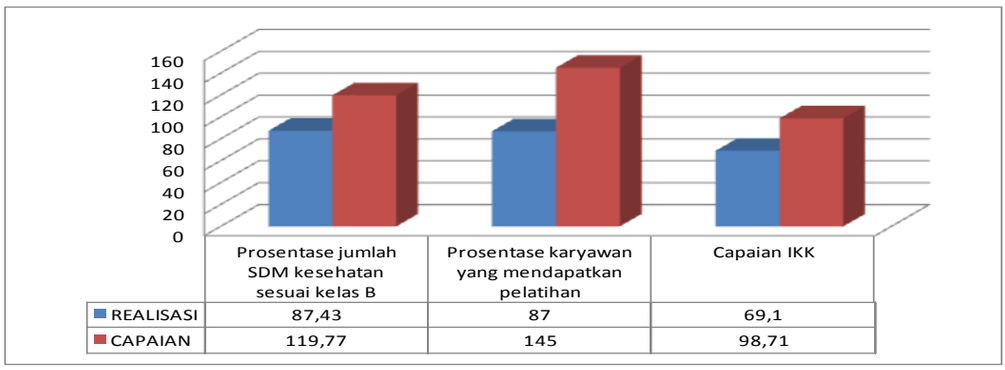


Dari grafik 3.2.1 dapat diketahui bahwa target dan realisasi indikator pada sasaran "Terpenuhinya standar kebutuhan sumber daya manusia sesuai dengan SPM dan standar RS tipe B" terdapat 3 indikator, dari ketiga indikator tersebut ada 1 indikator yang belum tercapai sesuai dengan standar adalah capaian indeks kepuasan karyawan. Target yang ditetapkan adalah 70%, sedangkan realisasi hasil survey indeks kepuasan karyawan (IKK) adalah 69,1%.

(2) Perbandingan antara realisasi kinerja tahun 2016 dengan capaian kinerja 2016

Grafik 3.2.2

Perbandingan realisasi dan capaian Kinerja



Dari grafik 3.2.2 dapat diketahui perbandingan dan capaian kinerja tahun 2016, pada indikator prosentase jumlah SDM kesehatan sesuai kelas B dan indikator prosentase karyawan yang mendapatkan pelatihan sudah diatas 100%. Sedangkan 1 indikator yang belum mencapai 100% adalah capaian IKK, yaitu 98,71%.

(3) Perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah 2016-2021

Untuk analisis perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah tidak bisa dilakukan evaluasi, dikarenakan indikator ini

merupakan indikator transisi dari RPJMD yang lama ke RPJMD yang baru.

(4) Perbandingan realisasi kinerja dengan standar nasional

Tabel 3.22.2
Perbandingan realisasi kinerja dengan standar nasional Tahun 2016

NO	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR NASIONAL	REALISASI
1	Prosentase jumlah SDM kesehatan sesuai kelas B	%	100	87,43
2	Prosentase karyawan yang mendapatkan pelatihan	%	60	87
3	Capaian IKK	%	-	69,10

Sumber : Data RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban 2016

(5) Analisis Penyebab Keberhasilan/ kegagalan dan Solusi

Dari grafik 3.22.1 dapat diketahui bahwa bahwa target dan realisasi indikator pada sasaran “Terpenuhinya standar kebutuhan sumber daya manusia sesuai dengan SPM dan standar RS tipe B” terdapat 3 indikator. Dua indikator tercapai sesuai dengan target yang telah ditetapkan, sedangkan ada 1 indikator yang belum sesuai dengan target. Analisis penyebab keberhasilan/ kegagalan adalah sebagai berikut:

(a) Presentasi jumlah SDM kesehatan sesuai kelas B, merujuk pada peraturan menteri kesehatan nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit. Target yang ditetapkan RSUD dr. R. Koesma pada tahun 2016 adalah 73%, realisasi pada tahun 2016 adalah 87,43%, sedangkan capaian keberhasilannya adalah 119,77%. Faktor keberhasilannya adalah setiap tahun RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban mengadakan rekruitmen karyawan untuk memenuhi kebutuhan SDM di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban.

(b) Prosentase karyawan yang mendapatkan pelatihan, menggambarkan kepedulian Rumah Sakit terhadap kualitas sumber daya manusia. Target pada tahun 2016 adalah 60%, realisasi sebesar 87%, sedangkan capaian keberhasilan pada tahun 2016 adalah 145%. Faktor keberhasilannya adalah kepedulian manajemen terhadap peningkatan kapabilitas karyawan dengan meningkatkan anggaran diklat pada tahun 2016.

(c) Capaian Indeks Kepuasan Karyawan (IKK), adalah pernyataan tentang persepsi karyawan terhadap pelayanan dari

manajemen di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban. Target yang ditetapkan pada tahun 2016 adalah 70%, realisasi 69,10%, sedangkan capaian keberhasilannya masih 98,71%. Unsur terendah adalah pada kesempatan untuk promosi bagi karyawan. Faktor kegagalannya adalah, pemberian promosi memang tidak bisa diberikan kepada seluruh karyawan, pemberian promosi diberikan kepada karyawan yang berprestasi dan kompeten dalam bidangnya.

Solusi yang dilakukan adalah:

(a) Meningkatkan anggaran diklat setiap tahunnya

(b) Membuat program diklat yang sesuai dengan kebutuhan

(c) Melakukan rekruitmen karyawan secara bertahap, untuk memenuhi kebutuhan karyawan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit tipe B.

(6) Analisis program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan/ kegagalan pencapaian kinerja

(a) Program Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit

3) Terpenuhinya sarana prasarana dan peralatan kesehatan sesuai standar RS tipe B

a. Pengukuran Kinerja

Tabel 3.22.1
Pengukuran Kinerja Tahun 2016

NO	INDIKATOR	SATUAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN
1	Prosentase capaian akses pelayanan rumah sakit yang berkualitas	%	8	9,7	121,25

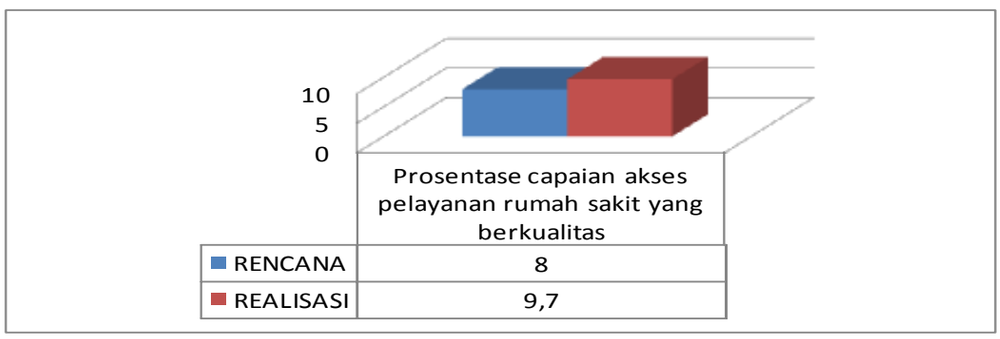
Sumber: Data RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

b. Analisis Pencapaian Kinerja

(1) Perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun 2016

Tabel 3.3.1

Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja



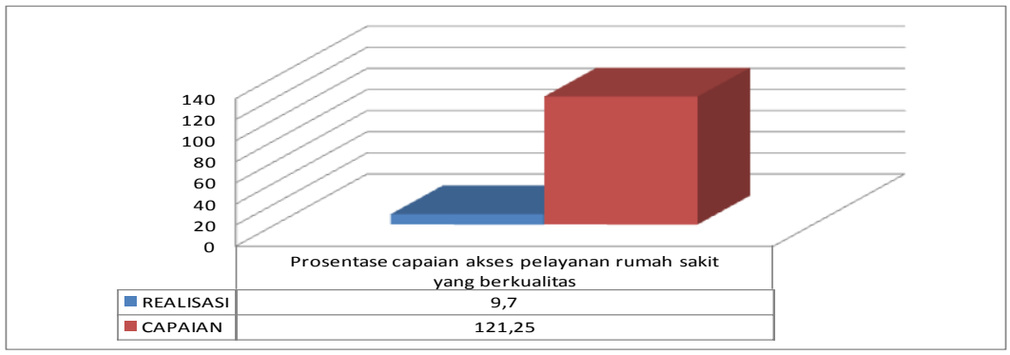
Dari grafik 3.3.1 dapat diketahui bahwa target dan realisasi indikator pada sasaran “Terpenuhinya sarana prasarana dan peralatan

kesehatan sesuai standar RS tipe B" terdapat 1 indikator, yaitu Prosentase capaian akses pelayanan rumah sakit yang berkualitas. Realisasi pada tahun 2016 adalah 9,7%, sudah melebihi dari target yang ditetapkan yaitu 8%.

(2) Perbandingan antara realisasi kinerja tahun 2016 dengan capaian kinerja 2016

Tabel 3.3.2

Perbandingan Realisasi dan Capaian KInerja



Dari grafik 3.3.2 dapat diketahui bahwa target dan realisasi indikator pada sasaran "Terpenuhinya sarana prasarana dan peralatan kesehatan sesuai standar RS tipe B" terdapat 1 indikator, yaitu Prosentase capaian akses pelayanan rumah sakit yang berkualitas. Capaian pada tahun 2016 sudah melebihi 100%, yaitu 121,25%.

(3) Perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah 2016-2021

Untuk analisis perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah tidak bisa dilakukan evaluasi, dikarenakan indikator ini merupakan indikator transisi dari RPJMD yang lama ke RPJMD yang baru.

(4) Perbandingan realisasi kinerja dengan standar nasional

Tabel 3.3.2

Perbandingan Realisasi dan Standar Nasional

NO	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR NASIONAL	REALISASI
1	Prosentase capaian akses pelayanan rumah sakit yang berkualitas	%	-	9,7

Sumber: Data RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

Perbandingan realisasi kinerja dengan standar Nasional tidak bisa dilakukan, karena tidak ada standar baku nasional untuk indikator presentasi capaian akses pelayanan rumah sakit yang berkualitas.

(5) Analisis Penyebab Keberhasilan/ kegagalan dan Solusi

Presentasi capaian akses pelayanan rumah sakit yang berkualitas, menggambarkan adanya peningkatan kunjungan rumah sakit dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Pada tahun 2016 realisasi indikator presentasi capaian akses pelayanan rumah sakit yang berkualitas adalah 9,7%, target yang ditetapkan 8%, capaian keberhasilan pada indikator ini adalah 121,25%. Faktor keberhasilannya adalah tingkat kepercayaan masyarakat kepada RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban mengalami peningkatan, dengan adanya penambahan SDM yang berkualitas dan sarana prasarana yang memadai.

(6) Analisis program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan/ kegagalan pencapaian kinerja

(a) Program pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit/ rumah sakit jiwa/ rumah sakit paru-paru/ rumah sakit mata.

(b) Program kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan

(c) Program Peningkatan Kesehatan Lansia

(a) Program Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit

4) Meningkatnya kualitas tata kelola Rumah Sakit yang baik, akuntabel, efisien, dan produktif

a. Pengukuran Kinerja

Tabel 3.22.1
Pengukuran Kinerja Tahun 2016

NO	INDIKATOR	SATUAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN
1	Capaian SGR (Sales Growth Rate) Akuntabilitas Kinerja	%	24	32,86	136,92
2	Capaian CRR (Cost Recovery Rate)	%	95	95,39	100,41
3	Kelengkapan Dokumen SAKIP	%	100	100	100

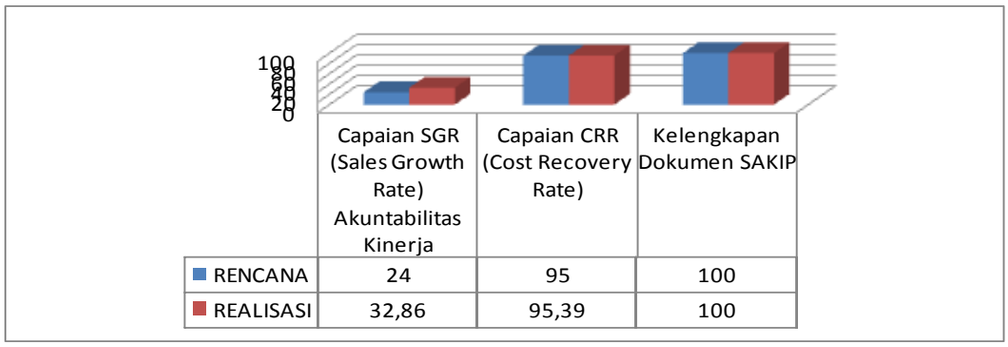
Sumber: Data RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

b. Analisis Pencapaian Kinerja

(1) Perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun 2016

Grafik 3.4.1

Perbandingan Target dan Realisasi

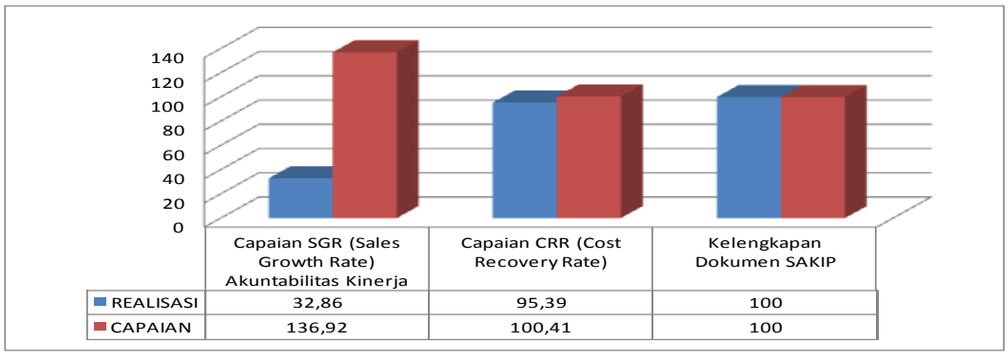


Dari grafik 3.4.1 dapat diketahui bahwa target dan realisasi indikator pada sasaran “Meningkatnya kualitas tata kelola Rumah Sakit yang baik, akuntabel, efisien, dan produktif” terdapat 3 indikator. Ketiga indikator tercapai sesuai dengan target yang telah ditetapkan.

(2) Perbandingan antara realisasi kinerja tahun 2016 dengan capaian kinerja 2016

Grafik 3.4.2

Perbandingan Realisasi dan Capaian Kinerja



Dari grafik 3.4.2 dapat diketahui bahwa realisasi dan capaian indikator pada sasaran “Meningkatnya kualitas tata kelola Rumah Sakit yang baik, akuntabel, efisien, dan produktif” terdapat 3 indikator. Capaian ketiga indikator sudah melebihi 100%.

(3) Perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah 2016-2021

Untuk analisis perbandingan realisasi kinerja dengan target jangka menengah tidak bisa dilakukan evaluasi, dikarenakan indikator ini merupakan indikator transisi dari RPJMD yang lama ke RPJMD yang baru.

(4) Perbandingan realisasi kinerja dengan standar nasional

Tabel 3.4.2

Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Standar Nasional

NO	INDIKATOR	SATUAN	STANDAR NASIONAL	REALISASI
1	Capaian SGR (Sales Growth Rate) Akuntabilitas Kinerja	%	-	32,86
2	Capaian CRR (Cost Recovery Rate)	%	40	95,39
3	Kelengkapan Dokumen SAKIP	%	100	100

Sumber: Data RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016

(5) Analisis Penyebab Keberhasilan/ kegagalan dan Solusi

Ketiga indikator dari sasaran "Meningkatnya kualitas tata kelola Rumah Sakit yang baik, akuntabel, efisien, dan produktif" tercapai sesuai dengan standar yang ditetapkan pada tahun 2016. Faktor keberhasilannya adalah komitmen dari semua komponen rumah sakit mulai dari Direktur, manajemen, sampai yang terlibat langsung dengan pelayanan dalam penyelenggaraan pelayanan di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban.

(6) Analisis program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan/ kegagalan pencapaian kinerja

(a) Program pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit/ rumah sakit jiwa/ rumah sakit paru-paru/ rumah sakit mata.

(b) Program kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan

(c) Program Peningkatan Kesehatan Lansia

(b) Program Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit

B. ANALISIS ATAS EFISIENSI PENGGUNAAN SUMBER DAYA

Rasio yang digunakan untuk mengukur tingkat efisiensi penggunaan sumber daya atau menilai kemampuan organisasi dalam melakukan aktivitas sehari-hari pada BLUD RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban adalah dengan menggunakan rasio aktivitas. Rasio ini diukur untuk mengetahui apakah rumah sakit dapat mengelola aset yang dimiliki secara efisien. Salah satu rasio yang paling umum dan yang digunakan dalam Peraturan Direktur Jendral Perbendaharaan adalah perputaran aset tetap yang dihitung dengan rumus

$$perputaran\ aset\ tetap = \frac{pendapatan\ operasional}{aset\ tetap} x\ 100\%$$

Rasio ini akan menunjukkan berapa kali dana yang yang ditanamkan dalam aktiva tetap berputar dalam satu periode. Rasio paling baik menurut Perdirjen

Perbendaharaan Negara Nomor 36/PB/2012 adalah 25% atau lebih. Sedangkan rasio perputaran aset tetap di RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban adalah 0,71 kali atau 71%.

C. REALISASI ANGGARAN

Realisasi program dan kegiatan APBD/ BLUD RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban adalah sebagai berikut :

No	Program/ Kegiatan	Anggaran		%	Hasil Yang Dicapai
		Pagu	Realisasi		
A	**Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/ Rumah sakit Jiwa/Rumah sakit paru/Rumah Sakit Mata**				
	1) Pembangunan Gedung IGD	10.760.178.000,00	9.696.588.050,00	90,12	Tersedianya gedung IGD yang memadai
	2) Pengadaan alat-alat kesehatan (DAK Rp. 5.094.140.000,00)	5.100.140.000,00	4.380.839.362,00	85,90	Tersedianya alat kesehatan yang memadai
	3) Peningkatan derajat kesehatan masyarakat dengan penyediaan fasilitas perawatan kesehatan bagi penderita akibat dampak asap rokok (DBHCHT)	3.387.020.000,00	2.708.123.595,28	79,96	Tersedianya alat kesehatan yang memadai
	4) Penyediaan/ pemeliharaan sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang terkena penyakit akibat dampak konsusmsi rokok dan penyakit lainnya (alat kesehatan) (DBHCHT)	2.016.480.000,00	1.623.422.708,00	80,51	Tersedianya alat kesehatan yang memadai
	5) Pengadaan perlengkapan rumah tangga rumah sakit (pajak rokok)	500.000.000,00	497.219.200,00	99,13	Tersedianya rumah tangga rumah sakit yang memadai
	6) Pengadaan alat-alat Kesehatan rumah sakit (pajak rokok)	5.479.981.588,00	3.500.643.273,58	63,88	Tersedianya alat kesehatan yang memadai
	7) Pengadaan Meubelair Rumah Sakit (Pajak Rokok)	500.000.000,00	433.968.500,00	86,79	Tersedianya meubelair rumah sakit yang memadai
B	**Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Kesehatan**				
	1) Peningkatan Pasien Rawat Jalan	100.000.000,00	31.125.000,00	31,13	Terlayaninya pasien rawat jalan yang berobat di RSUD dr. R. Koesma dengan menggunakan KTP Tuban sebanyak 1243 pasien.

No	Program/ Kegiatan	Anggaran		%	Hasil Yang Dicapai
		Pagu	Realisasi		
	2) Penanganan Pasien Terlantar yang meninggal dunia	30.000.000,00	14.847.000,00	49,49	Tertanganinya pasien terlantar yang meninggal dunia sebanyak 12 jenazah.
C	**Program Peningkatan Kesehatan Lansia**				
	1) Pelayanan Pemeliharaan Kesehatan Lansia	350.000.000,00	294.548.919,87	84,16	Terlaksananya pelayanan pemeliharaan kesehatan lansia.
D	**Program Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit (Peningkatan Pelayanan BLUD RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban)**				
	a. Biaya Pegawai				
	1) Biaya Pegawai	5.841.709.000,00	4.913.262.703,00	84,11	Terpenuhinya pembiayaan pegawai BLUD
	2) Biaya Jasa Pelayanan	29.880.000.000,00	29.872.755.157,00	99,98	Terpenuhinya pembiayaan jasa pelayanan
	b. Biaya Barang/ Jasa				
	1) Biaya Pengadaan Bahan Obat	11.535.860.400,00	13.060.029.142,31	113,21	Tercukupinya kebutuhan obat untuk pasien
	2) Biaya Pengadaan Bahan dan Alat Habis Pakai	7.835.286.900,00	9243.364.098,50	117,97	Tersedianya bahan dan alat habis pakai untuk pasien
	3) Biaya Pengadaan Bahan Laboratorium	3.000.000.000,00	2.913.493.694,00	97,12	Tercukupinya bahan laboratorium
	4) Biaya Pengadaan Bahan Radiologi	747.942.750,00	742.294.843,00	99,24	Tercukupinya bahan radiologi
	5) Biaya Pengadaan Bahan Makanan dan Minuman Pasien	1.630.000.000,00	1.667.316.340,00	102,29	Tercukupinya bahan makan dan minum pasien
	6) Biaya Pengadaan Bahan Oksigen	997.778.900,00	992.538.450,00	99,47	Tercukupinya bahan oksigen
	7) Biaya Pengadaan Darah PMI	2.070.000.000,00	1.874.305.000,00	90,55	Tercukupinya Kebutuhan darah dari PMI
	8) Biaya Pengadaan Bahan Pemeriksaan Kesehatan di luar RSUD dr. R Koesma	280.000.000,00	259.433.500,00	92,65	Terlaksananya pemeriksaan kesehatan di luar RSUD
	9) Biaya Pengadaan Bahan Bakar Ambulan	726.350.000,00	656.978.582,00	90,45	Tersedianya bahan bakar ambulan

No	Program/ Kegiatan	Anggaran		%	Hasil Yang Dicapai
		Pagu	Realisasi		
	10) Biaya Pemeliharaan Peralatan Dan Mesin	910.635.000,00	815.692.648,00	89,57	Terpenuhinya kebutuhan kalibrasi, pemeliharaan dan suku cadang alat kesehatan dan IPAL/ incenerator
	11) Biaya Pemeliharaan Kendaraan Ambulan	120.000.000,00	70.040.000,00	58,37	Terpeliharanya kendaraan ambulan
	12) Biaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	494.320.000,00	240.833.828,00	48,72	Tercukupinya kebutuhan cuci tangan petugas dan pengunjung di rumah sakit
	13) Biaya keselamatan Pengunjung Dan Karyawan	279.928.500,00	264.157.060,00	94,37	terpenuhinya kebutuhan keselamatan pengunjung dan karyawan meliputi APD,ID card, pemeriksaan karyawan dan pembuatan video simulasi kebakaran
	14) Biaya Cetak Dokumen Rekam Medis	730.000.000,00	630.003.110,00	86,30	Terpenuhinya kebutuhan dokumen rekam medis
	15) Biaya Perlengkapan dan Pemeriksaan Sanitasi	396.051.000,00	325.234.979,00	82,33	Terpenuhinya kebutuhan perlengkapan dan pemeriksaan sanitasi
	16) Biaya Perlengkapan Laundry	770.500.000,00	761.868.385,00	98,88	Terpenuhinya kebutuhan linen dan bahan pembersih linen
	17) Biaya Peralatan Produksi dan Peralatan Makanan Pasien	67.900.000,00	64.133.830,00	94,45	Terpenuhinya kebutuhan produksi dan peralatan makan pasien
	18) Biaya Perlengkapan Sterilisasi Alat Unit CSSD	120.000.000,00	91.597.911,70	76,33	Terpenuhinya kebutuhan sterilisasi alat kesehatan
	19) Biaya Bahan Logistik Pasien Graha Aryo Tejo	100.000.000,00	42.471.000,00	42,47	Terpenuhinya kebutuhan bahan logistik pasien Graha Aryo Tejo
	20) Biaya Perlengkapan Pelayanan Farmasi	45.000.000,00	44.960.300,00	99,91	Terpenuhinya kebutuhan perlengkapan pelayanan farmasi
	21) Biaya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	47.950.000,00	44.960.300,00	93,76	Terpenuhinya gelang identitas pasien dan klip penanda pasien
	22) Biaya Pengembalian Retribusi Pelayanan	67.135.000,00	54.357.553,00	80,97	-

No	Program/ Kegiatan	Anggaran		%	Hasil Yang Dicapai
		Pagu	Realisasi		
	23) Biaya Kerjasama Operasional LIS	169.500.000,00	147.213.000,00	86,85	Terlaksananya *Laboratory Integrated System*
	24) Biaya Jasa Pemusnahan Limbah B3	50.000.000,00	49.985.000,00	99,97	Terlaksananya pemusnahan limbah B3
	25) Biaya Penyediaan Benda Pos Dan Pengiriman	11.000.000,00	10.194.200,00	92,67	Terkirimnya surat dan paket
	26) Biaya Cetak Rumah Sakit	69.000.000,00	65.085.950,00	94,33	Tersedianya barang cetak rumah sakit
	27) Biaya Penggandaan dan Penjilidan	153.250.000,00	162.828.800,00	106,25	Tersedianya biaya penggandaan dan penjilidan
	28) Biaya Alat tulis Kantor	217.000.000,00	213.284.720,00	98,29	Tersedianya alat tulis kantor
	29) Biaya Makan dan Minum Rumah Sakit	1.052.548.650,00	1.041.687.400,00	98,97	Tersedianya makan/ minim kantor/ tamu
	30) Biaya Pengadaan Pakaian dinas Beserta Perlengkapannya	416.750.000,00	367.688.200,00	88,23	Tersedianya pakaian dinas beserta perlengkapannya sebanyak
	31) Biaya Perjalanan Dinas	315.750.000,00	266.934.746,00	84,54	Tersedianya biaya perjalanan dinas
	32) Biaya Pemeliharaan Gedung dan Bangunan	925.000.000,00	947.136.648,00	102,39	Terlaksananya pemeliharaan gedung dan bangunan
	33) Biaya Pemeliharaan Jalan, Jaringan dan Instalasi	301.400.000,00	260.242.150,00	86,34	Terlaksananya pemeliharaan jalan, jaringan dan instalasi
	34) Biaya Pemeliharaan Kendaraan Operasional	95.100.000,00	68.211.601,00	71,73	Terlaksananya pemeliharaan kendaraan operasional
	35) Biaya Pemeliharaan Peralatan Kantor	206.000.000,00	160.430.090,00	77,88	Terlaksananya pemeliharaan peralatan kantor
	36) Biaya Pemeliharaan Aset Tetap Lainnya	90.000.000,00	88.083.600,00	97,87	Terlaksananya pemeliharaan aset tetap lainnya
	37) Biaya Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air dan Listrik	2.038.517.990,00	1.806.341.061,00	88,61	Tersedianya biaya penyediaan jasa komunikasi, sumber daya air dan listrik
	38) Biaya Bahan Bakar Minyak dan Pelumas	120.000.000,00	67.786.636,00	56,49	Tersedianya bahan bakar minyak dan pelumas
	39) Biaya Jasa Kebersihan	1.550.000.000,00	1.480.530.803,00	95,52	Tersedianya penyediaan jasa kebersihan
	40) Biaya Penyediaan Jasa Keamanan Lingkungan	800.000.000,00	721.240.300,00	90,16	Tersedianya jasa keamanan lingkungan
	41) Biaya Perijinan	103.000.000,00	59.717.600,00	57,98	Tersedianya biaya perijinan
	42) Biaya Langganan Media	12.690.000,00	12.650.000,00	99,68	Tersedianya biaya langganan media

No	Program/ Kegiatan	Anggaran		%	Hasil Yang Dicapai
		Pagu	Realisasi		
	43) Biaya Pengembangan SDM	750.000.000,00	374.066.000,00	49,88	Terlaksananya pengembangan SDM
	44) Biaya Transportasi dan Akomodasi Narasumber	111.200.000,00	53.767.518,00	48,35	Tersedianya biaya transportasi dan akomodasi nara sumber
	45) Biaya Jasa Konsultan / Bimbingan	380.000.000,00	299.930.000,00	60,51	Terlaksananya kegiatan konsultan dan bimbingan
	46) Biaya Jasa Pengelolaan Dokumen Arsip	21.825.000,00	18.000.000,00	82,47	Terlaksananya pengelolaan dokumen arsip
	47) Biaya Jasa Pemusnahan Barang Persediaan	2.825.000,00	2.125.000,00	75,22	Terlaksananya pemusnahan barang persediaan
	48) Biaya Jasa Konsultan Penyusunan Rencana Strategi Bisnis	50.000.000,00	48.895.000,00	97,79	Terlaksananya kegiatan jasa konsultasi penyusunan Rencana Strategi Bisnis
	49) Biaya Jasa Konsultan Review Audit Akuntansi Keuangan	50.000.000,00	49.500.000,00	82,47	Terlaksananya kegiatan jasa konsultasi review audit akuntansi keuangan
	50) Biaya Promosi	271.952.000,00	204.108.400,00	75,05	Terlaksananya kegiatan promosi
	51) Biaya Penjaringan Aspirasi Masyarakat	10.000.000,00	10.000.000,00	100,00	Terlaksananya kegiatan penjaringan aspirasi masyarakat
	52) Biaya Penyediaan Jasa Tenaga Pihak Ketiga	177.796.000,00	150.325.000,00	84,55	Terlaksananya kegiatan jasa tenaga pihak ketiga
	53) Biaya Jasa Pendampingan Bantuan Hukum	100.000.000,00	0,00	0,00	-
	c. Biaya Modal				
	1) Biaya Belanja Pengurusan Sertifikat Rumah Dinas dan Tanah Kuburan (3 obyek/ dokumen)	60.000.000,00	0,00	0,00	-
	2) Biaya Pembangunan Gedung Rawat Jalan dan Ruang Administrasi	3.752.673.300,00	3.305.318.550,00	88,08	Tersedianya gedung rawat jalan dan ruang administrasi
	3) Biaya Pembangunan Garasi Mobil Dinas	439.812.500,00	439.640.000,00	99,96	Tersedianya garasi mobil dinas
	4) Biaya Pembangunan Rumah Genzet	198.966.300,00	189.435.000,00	95,21	Tersedianya rumah genset

No	Program/ Kegiatan	Anggaran		%	Hasil Yang Dicapai
		Pagu	Realisasi		
	5) Biaya Pembangunan Rumah Gas Medik Sentral	199.567.500,00	196.779.000,00	98,60	Tersedianya rumah gas medis sentral
	6) Biaya Pembangunan Jalan Akses Dropzone Pavilyun	137.495.500,00	136.389.500,00	99,24	Tersedianya jalan akses dropzone paviliyun
	7) Biaya Rehabilitasi Sedang/Berat (Ruang V) Instalasi Bedah Sentral	154.570.000,00	153.391.000,00	99,24	Terlaksananya rehabilitasi sedang/ berat (Ruang V) Instalasi Bedah Sentral
	8) Biaya Pengadaan Electric Generating Set	2.140.000.000,00	1.874.394.450,00	87,59	Tersedianya Electric Generating Set
	9) Biaya Pengadaan Alat-alat Kesehatan Rumah Sakit	750.000.000,00	736.451.596,55	98,19	Tersedianya alat kesehatan
	10) Biaya Pengadaan Alat Processing Lain-lain (perijinan incenerator)	60.000.000,00	0,00	0,00	-
	11) Biaya Pengadaan Peralatan dan Perlengkapan Teknologi Informasi	286.000.000,00	272.356.152,00	95,23	Tersedianya alat dan perlengkapan IT
	12) Biaya Pengadaan Meubelair Rumah sakit	816.107.000,00	802.478.000,00	98,33	Tersedianya meubelair rumah sakit
	13) Biaya Pengadaan Perlengkapan Rumah Tangga Lainnya (home Use)	1.736.356.100,00	1.692.812.950,00	97,49	Tersedianya perlengkapan rumah tangga rumah lainnya yang memadai
	14) Biaya Modal Pengadaan Tambah Daya Gardu Listrik Induk dari 345 KVA menjadi 555 KVA	367.295.000,00	362.854.550,00	98,79	Terlaksananya tambah daya Gardu Listrik Induk dari 345 KVA menjadi 555 KVA
	15) Biaya Penambahan Jaringan Oksigen Sentral	431.200.000,00	424.324.950,00	98,41	Terlaksananya Penambahan Jaringan Oksigen Sentral
	16) Biaya Pengadaan Bahan Pustaka	5.000.000,00	4.942.885,00	98,86	Tersedianya 46 buku untuk bahan pustaka
	17) Biaya Pengadaan Alat Peraga	50.000.000,00	49.995.000,00	99,99	Tersedianya alat peraga
	18) Biaya Peyusunan Dokumen Lingkungan Hidup RSUD dr. R. Koesma	300.000.000,00	284.329.600,00	94,79	Terlaksananya Peyusunan Dokumen Lingkungan Hidup RSUD dr. R. Koesma

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) merupakan suatu hal yang sangat penting dalam mengaplikasikan berbagai persoalan pembangunan sebagai wujud nyata tanggung jawab pemerintah dalam menghadapi berbagai kebutuhan masyarakat yang mengedepankan transparansi sebagai nafas setiap gerak dan aktifitas pembangunan dalam upaya menciptakan "*good godvernance*" sesuai dengan tuntutan paradigma baru.

Dilihat dari Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016, yang disusun berdasarkan capaian kinerja pada masing-masing pelayanan dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Dari 21 pelayanan pada sasaran strategis, terdapat 9 pelayanan dengan indikator kinerja tercapai >85-100%, yang bermakna "**memuaskan"** yaitu pelayanan Bedah Sentral, Pelayanan Gakin, Pengolahan Limbah, Administrasi Manajemen, pelayanan Ambulan/ Kereta Jenazah, Pemulasaraan Jenazah, Pemeliharaan Sarana, Pelayanan Laundry, dan pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
2. Pelayanan dengan ketidaktercapaian terbanyak adalah pada pelayanan farmasi:
    1) Waktu tunggu hasil pelayanan:
        a. Waktu tunggu hasil pelayanan obat jadi, target yang diharapkan ≤ 30 menit, realisasi 32 menit. Capaian keberhasilan 93,33%, yang bermakna "**Memuaskan**".
        b. Waktu tunggu hasil pelayanan obat racikan, target yang diharapkan ≤ 60 menit, realisasi 62 menit. Capaian keberhasilan 96,67%, yang bermakna "**Memuaskan**".
    2) Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat, target yang diharapkan pada tahun 2016 adalah 100%, realisasi 92%. Capaian keberhasilannya adalah 92%, yang bermakna "**Memuaskan**".
    3) Kepuasan pelanggan pelayanan farmasi, target pada tahun 2016 adalah 80%, realisasi 77,7%. Capaian keberhasilannya 97,13, yang bermakna "**Memuaskan**".

4) Penulisan resep sesuai formularium, target yang diharapkan adalah 100%, realisasi pada tahun 2016 adalah 98,45%. Capaian keberhasilannya adalah 98,45%, yang bermakna "**Memuaskan**".

3. Pada indikator transisi/ perubahan RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban Tahun 2016 terdapat 16 indikator, dimana 12 indikator dengan capaian keberhasilan lebih dari 100%, dan 4 indikator tidak tercapai yaitu capaian Bed Turn Over (BTO), capaian Net Death Rate (NDR), capaian Growth Death Rate (GDR), dan Indeks Kepuasan Karyawan (IKK). Berikut ini adalah terget, realisasi, dan capaian keberhasilan dari indikator yang belum tercapai sesuai dengan target yang ditetapkan pada tahun 2016:
   a. Target capaian BTO tahun 2016 adalah ≤50 kali, realisasi capaian BTO tahun 2016 adalah 80,81 kali, presentasi capaian keberhasilannya adalah 38,38%, yang bermakna "**Agak kurang**".
   b. Target capaian NDR pada tahun 2016 adalah ≤25‰, realisasi capaian NDR 27,87‰, sedangkan capaian keberhasilan NDR pada tahun 2016 adalah 88,52%, yang bermakna "**Memuaskan**".
   c. Target capaian GDR pada tahun 2016 adalah ≤45‰, realisasi capaian NDR 48,53‰, sedangkan capaian keberhasilan GDR pada tahun 2016 adalah 92,15%, yang bermakna "**Memuaskan**".
   d. Pada tahun 2016 realisasi indikator presentasi capaian akses pelayanan rumah sakit yang berkualitas adalah 9,7%, target yang ditetapkan 8%, capaian keberhasilan pada indikator ini adalah 121,25%, yang bermakna "**Memuaskan**".

B. Saran

Dengan laporan kinerja instansi pemerintah ini maka dapat diketahui tingkat keberhasilan pelaksanaan indikator kinerja pada RSUD dr. R. Koesma Kabupaten Tuban. Kami berharap dengan meningkatkan kinerja pelayanan di Rumah Sakit, penambahan sarana dan prasarana yang memadai serta pelaksanaan pelayanan sesuai dengan standar dan prosedur yang berlaku, kedepannya capaian indikator kinerja akan semakin meningkat. Akan tetapi untuk kelanjutan pelaksanaan perlu membuat program yang mengacu pada renstra dan adanya dukungan dari instansi terkait.

Akhirnya kami berharap semoga laporan ini bermanfaat untuk kita semua.

Tuban, Pebruari 2017
DIREKTUR RSUD Dr. R. KOESMA
KABUPATEN TUBAN

Dr. ZAINUL ARIFIN, Sp.PK
Pembina Tk.I
NIP. 19630424 198901 1 001

RENCANA STRATEGIS RSUD Dr. R. KOESMA KABUPATEN TUBAN
TAHUN 2012-2016

VISI : SEBAGAI PUSAT RUJUKAN MELALUI PELAYANAN, PROFESIONALISME DAN KETERJANGKAUAN

MISI : MENINGKATKAN PELAYANAN DAN CEPAT TANGGAP

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Tercapaianya kepuasan pelanggan melalui peningkatan mutu pelayanan yang terakreditasi	1	Meningkatnya kualitas gawat darurat	1	Kemampuan menangani live saving anak dan dewasa	%	95,30	60	70	80	90	100	100
				2	Jam buka pelayanan Gawat Darurat	Jam	24	24	24	24	24	24	24
				3	Pemberi pelayanan kegawadaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (ATLS/BTLS/ ACLS/ PPGD)	%	19,23	20	40	90	100	100	100
				4	Kesediaan tim penanggulangan bencana	Tim	1	1	1	1	1	1	1
				5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	Menit	4,94	≤5	<5	<5	<5	<5	<5
				6	Kepuasan Pelanggan	%	78,03	60	65	70	70	70	70
				7	Kematian Pasien ≤24 jam	‰	19,17	≤20	≤10	≤5	≤2	≤2	≤2
				8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	%	100	100	100	100	100	100	100
		2	Meningkatnya kualitas rawat jalan	1	Dokter Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	%	59,73	60	80	100	100	100	100
				2	Ketersediaan pelayanan (klinik anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah, syaraf, mata, THT, kulit, paru, jantung, orthopedi)	Ada/ Tidak	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	Ada	100
				3	jam buka pelayanan, 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali hari jumat jam 08.00 s/d 11.00.	%	100	100	100	100	100	100	100

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
				4	Waktu tunggu di rawat jalan	Menit	72,25	≤120	≤90	≤60	≤60	≤60	≤60
				5	Kepuasan Pelanggan	%	77,82	70	80	90	90	90	90
				6	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	100	60	60	60	60	60	60
		3	Meningkatnya kualitas rawat inap	1	Pemberi pelayanan di rawat inap								
					a. Dokter Spesialis	%	54,29	80	100	100	100	100	100
					b. Perawat minimal D3	%	97,45	90	100	100	100	100	100
				2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	%	100	100	100	100	100	100	100
				3	Ketersediaan pelayanan rawat inap (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Bedah)	%	100	100	100	100	100	100	100
				4	Jam visite Dokter Spesialis: 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	%	100	90	100	100	100	100	100
				5	Kejadian infeksi pasca operasi	%	0,06	≤3	≤2,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5
				6	Kejadian infeksi nosokomial	%	0,04	≤3	≤2,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5
				7	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	%	100	90	95	100	100	100	100
				8	kematian pasien >48 jam	%	2,74	≤0,50	≤0,50	≤0,24	≤0,24	≤0,24	≤0,24
				9	Kejadian pulang paksa	%	5,43	≤10	≤7,5	≤5	≤5	≤5	≤5
				10	Kepuasan Pelanggan	%	78,97	70	80	90	90		90
				11	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	38,83	80	90	100	100	100	100
				12	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	%	100	80	90	100	100	100	100
		4	Meningkatnya kualitas bedah sentral	1	Waktu tunggu operasi elektif	Hari	1,64	≤4	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2
				2	Kejadian kematian di meja operasi	%	0	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1
				3	tidak adanya kejadian operasi salah sisi	%	100	100	100	100	100	100	100

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
				4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	%	100	100	100	100	100	100	100
				5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	%	100	100	100	100	100	100	100
				6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	%	100	100	100	100	100	100	100
				7	Komplikasi Anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	%	0	≤6	≤6	≤6	≤6	≤6	≤6
		5	Meningkatnya kualitas pelayanan persalinan dan perinatologi	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan								
					a. Perdarahan	%	0	≤4	≤2	≤1	≤1	≤1	≤1
					b. Pre eklampsia	%	0	≤40	≤35	≤30	≤30	≤30	≤30
					c. Sepsis	%	0	≤0,04	≤0,3	≤0,2	≤0,2	≤0,2	≤0,2
				2	Pemberi pelayanan persalinan normal								
					a. Dokter Sp.OG	%	100	60	80	100	100	100	100
					b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	-	-	-	-	-	-	-	-
					c. Bidan	%	100	60	80	100	100	100	100
				3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim Ponek Terlatih)	%	100	70	80	100	100	100	100
				4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	%	-	80	100	100	100	100	100
					a. Dokter Sp.OG								
					b. Dokter Sp.A								
					c. Dokter Sp. An.								
				5	Kemampuan menangani Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) 1500 gr–2500 gr	%	86,62	80	90	100	100	100	100
				6	Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	%	39,18	≤30	≤25	≤20	≤20	≤20	≤20

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
				7	Keluarga Berencana								
					a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. Sp.OG, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dr. Umum terlatih	%	63,67	100	100	100	100	100	100
					b. Presentase KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	%	100	100	100	100	100	100	100
				8	Kepuasan Pelanggan	%	74,19	70	75	80	80	80	80
		6	meningkatnya kualitas pelayanan intensif	1	Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	%	-	≤5	≤4	≤3	≤3	≤3	≤3
				2	Pemberi pelayanan Unit Intensif		-						
					a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	%		100	100	100	100	100	100
					b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/ setara D4	%		15	45	75	100	100	100
		7	Meningkatnya pelayanan	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	Jam	9	≤12	≤6	≤3	≤3	≤3	≤3
				2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp. Rad)	%	70,58	100	100	100	100	100	100
				3	Kejadian kegagalan pelayanan Rotgen	%	3,21	≤4,7	≤3	≤2	≤2	≤2	≤2
				4	Kepuasan pelanggan	%	78,14	60	70	80	80	80	80
		8	Meningkatnya pelayanan laboratorium patologi klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	Menit	108,82	≤6 jam	≤180	≤140	≤140	≤140	≤140
				2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp.PK)	%	63,16	70	80	100	100	100	100
				3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	%	100	100	100	100	100	100	100
				4	Kepuasan Pelanggan	%	73,94	70	75	80	80	80	80

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		9	Meningkatnya pelayanan rehabilitasi medik	1	Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	%	3,37	≤50	≤50	≤50	≤50	≤50	≤50
				2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100	90	90	100	100	100	100
				3	Kepuasan pelanggan	%	83,33	70	80	80	80	80	80
		10	Meningkatnya pelayanan farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan								
					a. Obat Jadi	Menit	36,25	≤45	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30
					b. Obat Racikan	Menit	67	≤75	≤75	≤60	≤60	≤60	≤60
				2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	98,5	100	100	100	100	100	100
				3	Kepuasan pelanggan	%	75,24	70	80	80	80	80	80
				4	Penulisan resep sesuai formularium	%	85,83	75	80	90	100	100	100
		11	Meningkatnya pelayanan gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	100	80	90	90	90	90	90
				2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	%	22,28	≤25	≤20	≤20	≤20	≤20	≤20
				3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	%	99,81	90	100	100	100	100	100
		12	Meningkatnya pelayanan tranfusi darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	%	100	100	100	100	100	100	100
				2	Kejadian reaksi transfusi	%	0,31	≤0,010	≤0,010	≤0,010	≤0,010	≤0,010	≤0,010
		13	Meningkatnya pelayanan gakin	1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	%	100	100	100	100	100	100	100
		14	Meningkatnya pelayanan Rekam Medis	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	%	88,22	80	90	100	100	100	100
				2	Kelengkapan *Informed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	%	34	80	90	100	100	100	100

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
				3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	Menit	10,88	≤40	≤20	≤10	≤10	≤10	≤10
				4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Menit	12,44	≤45	≤30	≤15	≤15	≤15	≤15
		15	Meningkatnya pelayanan pengolahan limbah	1	Baku mutu limbah cair								
					a. BOD ≤ 30 mg/dl	mg/dl	11,9	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30
					b. COD ≤ 80 mg/ dl	mg/dl	24,568	≤80	≤80	≤80	≤80	≤80	≤80
					c. TSS ≤ 30 mg/dl	mg/dl	27	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30
					d. PH 6-9	mg/dl	7	6'-9	6'-9	6'-9	6'-9	6'-9	6'-9
				2	Pengelolaan limbah padat infeksius dengan aturan	%	100	100	100	100	100	100	100
		16	Meningkatnya pelayanan administrasi dan	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	%	100	90	100	100	100	100	100
				2	Kelengkapan laporan Akuntabilitas kinerja	%	100	100	100	100	100	100	100
				3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100	100	100	100	100	100	100
				4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	%	100	100	100	100	100	100	100
				5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	15,3	30	40	50	50	50	60
				6	Cost recovery	%	12,92	25	30	40	40	40	40
				7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100	90	100	100	100	100	100
				8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Jam	30,35	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2
				9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu	%	100	90	100	100	100	100	100
		17	Meningkatnya pelayanan	1	Waktu pelayanan ambulance/ Kereta jenazah	Jam	24	24	24	24	24	24	24

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
				2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di Rumah Sakit <30 menit	%	100	100	100	100	100	100	100
		18	Meningkatnya pelayanan pemulasaraan jenazah	1	Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaran jenazah	Jam	105,89	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2
		19	Meningkatnya pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	%	99,24	80	80	80	80	80	80
				2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	%	93,65	100	100	100	100	100	100
				3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	%	37,04	100	100	100	100	100	100
		20	Meningkatnya pelayanan laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	%	99,65	90	100	100	100	100	100
				2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	94,52	90	100	100	100	100	100
		21	Meningkatnya pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi	1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	%	100	75	75	75	75	75	75
				2	Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	%	100	60	60	60	60	60	60
				3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (*Health Care Associated Infection*) di RS (min 1 parameter)	%	100	75	75	75	75	75	75

RENCANA STRATEGIS RSUD Dr. R. KOESMA KABUPATEN TUBAN
TAHUN 2012-2016

VISI : SEBAGAI PUSAT RUJUKAN MELALUI PELAYANAN, PROFESIONALISME DAN KETERJANGKAUAN

MISI : MENINGKATKAN KOMPETENSI SUMBER DAYA MANUSIA

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	terpenuhinya pelayanan sesuai standar melalui tenaga yang profesional dan terlatih	1	Meningkatnya pelayanan gawat darurat	1	Kemampuan menangani live saving anak dan dewasa	%	95,3	60	70	80	80	80	100
				2	Pemberi pelayanan kegawadaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (ATLS/BTLS/ ACLS/ PPGD)	%	19,24	20	40	90	100	100	100
				3	Kesediaan tim penanggulangan bencana	Tim	1	1	1	1	1	1	1
				4	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	Menit	4,94	≤5	<5	<5	<5	<5	<5
				5	Kepuasan Pelanggan	%	78,03	60	65	70	70	70	70
				6	Kematian Pasien ≤24 jam	‰	19,17	≤20	≤10	≤5	≤2	≤2	≤2
		2	Meningkatnya pelayanan rawat jalan	1	Dokter Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	%	59,73	60	80	100			100
				2	Ketersediaan pelayanan (klinik anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah, syaraf, mata, THT, kulit, paru, jantung, orthopedi)	Ada/ Tidak	100	100	100	100	100	100	100
				3	Kepuasan Pelanggan	%	77,82	70	80	90	90	90	90
		3	Meningkatnya pelayanan rawat inap	1	Pemberi pelayanan di rawat inap								
					a. Dokter Spesialis	%	54,29	80	100	100	100	100	100
					b. Perawat minimal D3	%	97,45	90	100	100	100	100	100
				2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	%	100	100	100	100	100	100	100
				3	Ketersediaan pelayanan rawat inap (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Bedah)	%	100	100	100	100	100	100	100
				4	Kejadian infeksi pasca operasi	%	0,06	≤3	≤2,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5
				5	Kejadian infeksi nosokomial	%	0,04	≤3	≤2,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5
				6	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	%	100	90	95	100	100	100	100
				7	kematian pasien >48 jam	%	2,74	≤0,50	≤0,50	≤0,24	≤0,24	≤0,24	≤0,24
				8	Kejadian pulang paksa	%	5,43	≤10	≤7,5	≤5	≤5	≤5	≤5
				9	Kepuasan Pelanggan	%	78,97	70	80	90	90	90	90
				10	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	38,83	80	90	100	100	100	100
				11	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	%	100	80	90	100	100	100	100

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		4	Meningkatnya pelayanan bedah sentral	1	Kejadian kematian di meja operasi	%	1,64	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1
				2	tidak adanya kejadian operasi salah sisi	%	0	100	100	100	100	100	100
				3	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	%	100	100	100	100	100	100	100
				4	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	%	100	100	100	100	100	100	100
				5	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	%	100	100	100	100	100	100	100
				6	Komplikasi Anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	%	0	≤6	≤6	≤6	≤6	≤6	≤6
		5	Meningkatnya pelayanan persalinan dan	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan								
					a. Perdarahan	%	0	≤4	≤2	≤1	≤1	≤1	≤1
					b. Pre eklampsia	%	0	≤40	≤35	≤30	≤30	≤30	≤30
					c. Sepsis	%	0	≤0,04	≤0,3	≤0,2	≤0,2	≤0,2	≤0,2
				2	Pemberi pelayanan persalinan normal								
					a. Dokter Sp.OG	%	100	60	80	100	100	100	100
					b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	-	-	-	-	-	-	-	-
					c. Bidan	%	100	60	80	100	100	100	100
				3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim Ponek Terlatih)	%	100	70	80	100	100	100	100
				4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	%	-	80	100	100	100	100	100
					a. Dokter Sp.OG								
					b. Dokter Sp.A								
					c. Dokter Sp. An.								
				5	Kemampuan menangani Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) 1500 gr–2500 gr	%	86,62	80	90	100	100	100	100
				6	Keluarga Berencana								
					a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. Sp.OG, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dr.	%	63,67	100	100	100	100	100	100
					b. Presentase KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	%	100	100	100	100	100	100	100
				8	Kepuasan Pelanggan	%	74,19	70	75	80	80	80	80
		6	Meningkatnya pelayanan intensif	1	Pemberi pelayanan Unit Intensif								
					a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	%	-	100	100	100	100	100	100
					b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/ setara D4	%	-	15	45	75	100	100	100

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		7	Meningkatnya pelayanan radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	Jam	9	≤12	≤6	≤3	≤3	≤3	≤3
				2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp. Rad)	%	70,58	100	100	100	100	100	100
				3	Kejadian kegagalan pelayanan Rotgen	%	3,21	≤4,7	≤3	≤2	≤2	≤2	≤2
				4	Kepuasan pelanggan	%	78,14	60	70	80	80	80	80
		8	Meningkatnya pelayanan laboratorium patologi klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	Menit	108,82	≤6 jam	≤180	≤140	≤140	≤140	≤140
				2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp.PK)	%	63,16	70	80	100	100	100	100
				3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	%	100	100	100	100	100	100	100
				4	Kepuasan Pelanggan	%	73,94	70	75	80	80	80	80
		9	Meningkatnya pelayanan rehabilitasi medik	1	Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	%	3,37	≤50	≤50	≤50	≤50	≤50	≤50
				2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100	90	90	100	100	100	100
				3	Kepuasan pelanggan	%	83,33	70	80	80	80	80	80
		10	Meningkatnya pelayanan farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan								
					a. Obat Jadi	Menit	36,25	≤45	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30
					b. Obat Racikan	Menit	67	≤75	≤75	≤60	≤60	≤60	≤60
				2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	98,5	100	100	100	100	100	100
				3	Kepuasan pelanggan	%	75,24	70	80	80	80	80	80
		11	Meningkatnya pelayanan gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	100	80	90	90	90	90	90
				2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	%	99,81	90	100	100	100	100	100
		12	Meningkatnya pelayanan tranfusi darah	1	Kejadian reaksi transfusi	%	0,31	≤0,010	≤0,010	≤0,010	≤0,010	≤0,010	≤0,010
		13	Meningkatnya pelayanan rekam medis	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	%	88,22	80	90	100	100	100	100
				2	Kelengkapan *Informed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	%	34	80	90	100	100	100	100
				3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	Menit	10,88	≤40	≤20	≤10	≤10	≤10	≤10
				4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Menit	12,44	≤45	≤30	≤15	≤15	≤15	≤15
		14	Meningkatnya pelayanan pengolahan limbah	1	Pengelolaan limbah padat infeksius dengan aturan	%	100	100	100	100	100	100	100
		15	Meningkatnya pelayanan administrasi dan manajemen	1	Kelengkapan laporan Akuntabilitas kinerja	%	100	100	100	100	100	100	100
				2	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100	100	100	100	100	100	100
				3	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	%	100	100	100	100	100	100	100

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
				4	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	15,3	30	40	50	60	60	60
				5	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100	90	100	100	100	100	100
				6	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Jam	30,35	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2
				7	Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu	%	100	90	100	100	100	100	100
		16	Meningkatnya pelayanan ambulan/ kereta jenazah	1	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di Rumah Sakit <30 menit	%	100	100	100	100	100	100	100
		17	Meningkatnya pelayanan pemulasaraan jenazah	1	Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaran jenazah	Jam	105,89	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2
		18	Meningkatnya pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	%	99,24	80	80	80	80	80	80
				2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	%	93,65	100	100	100	100	100	100
		19	Meningkatnya pelayanan laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	%	99,65	90	100	100	100	100	100
				2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	94,52	90	100	100	100	100	100
		20	Meningkatnya pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi	1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	%	100	75	75	75	75	75	75
				2	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (*Health Care Associated Infection*) di RS (min 1 parameter)	%	100	75	75	75	75	75	75

RENCANA STRATEGIS RSUD Dr. R. KOESMA KABUPATEN TUBAN
TAHUN 2012-2016

VISI : SEBAGAI PUSAT RUJUKAN MELALUI PELAYANAN, PROFESIONALISME DAN KETERJANGKAUAN

MISI : MENINGKATKAN SARANA, PRASARANA DAN PERALATAN KESEHATAN YANG MODERN, CANGGIH DAN BERKUALITAS

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Tercapainya RSUD Dr. R. Koesma menjadi pusat rujukan daerah sekitar	1	Meningkatnya pelayanan gawat darurat	1	Kemampuan menangani live saving anak dan dewasa	%	95,3	60	70	80	80	80	100
				2	Kesediaan tim penanggulangan bencana	Tim	1	1	1	1	1	1	1
				3	Kepuasan Pelanggan	%	78,03	60	65	70	70	70	70
		2	Meningkatnya pelayanan rawat jalan	1	Dokter Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	%	59,73	60	80	100	100	100	100
				2	Ketersediaan pelayanan (klinik anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah, syaraf, mata, THT, kulit, paru, jantung, orthopedi)	%	100	100	100	100	100	100	100
				3	Kepuasan Pelanggan	%	77,82	70	80	90	90	90	90
				4	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	24,87	60	60	60	60	60	60
		3	Meningkatnya pelayanan rawat inap	1	Pemberi pelayanan di rawat inap								
					a. Dokter Spesialis	%	54,29	80	100	100	100	100	100
				2	Ketersediaan pelayanan rawat inap (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Bedah)	%	100	100	100	100	100	100	100
				3	Kejadian infeksi pasca operasi	%	0,06	≤3	≤2,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5
				4	Kejadian infeksi nosokomial	%	0,04	≤3	≤2,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
				5	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	%	100	90	95	100	100	100	100
				6	kematian pasien >48 jam	%	2,74	≤0,50	≤0,50	≤0,24	≤0,24	≤0,24	≤0,24
				7	Kepuasan Pelanggan	%	78,97	70	80	90	90	90	90
				8	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	38,83	80	90	100	100	100	100
		4	Meningkatnya pelayanan bedah sentral	1	Waktu tunggu operasi elektif	Hari	1,64	≤4	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2
				2	Kejadian kematian di meja operasi	%	0	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1
		5	Meningkatnya pelayanan persalinan dan perinatologi	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan								
					a. Perdarahan	%	0	≤4	≤2	≤1	≤1	≤1	≤1
					b. Pre eklampsia	%	0	≤40	≤35	≤30	≤30	≤30	≤30
					c. Sepsis	%	0	≤0,04	≤0,3	≤0,2	≤0,2	≤0,2	≤0,2
				2	Pemberi pelayanan persalinan normal								
					a. Dokter Sp.OG	%	100	60	80	100	100	100	100
					b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	-	-	-	-	-	-	-	-
					c. Bidan	%	100	60	80	100	100	100	100
				3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim Ponek Terlatih)	%	100	70	80	100	100	100	100
				4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	%	-	80	100	100	100	100	100
					a. Dokter Sp.OG								
					b. Dokter Sp.A								
					c. Dokter Sp. An.								

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
				5	Kemampuan menangani Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) 1500 gr–2500 gr	%	86,62	80	90	100	100	100	100
				6	Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	%	39,18	≤30	≤25	≤20	≤20	≤20	≤20
				7	Kepuasan Pelanggan	%	74,19	70	75	80	80	80	80
		6	Meningkatnya pelayanan intensif	1	Pemberi pelayanan Unit Intensif								
					a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	%	-	100	100	100	100	100	100
		7	Meningkatnya pelayanan radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	Jam	9	≤12	≤6	≤3	≤3	≤3	≤3
				2	Kejadian kegagalan pelayanan Rotgen	%	3,21	≤4,7	≤3	≤2	≤2	≤2	≤2
				3	Kepuasan pelanggan	%	78,14	60	70	80	80	80	80
		8	Meningkatnya pelayanan laboratorium patologi klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	Menit	108,82	≤6 jam	≤180	≤140	≤140	≤140	≤140
				2	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	%	100	100	100	100	100	100	100
				3	Kepuasan Pelanggan	%	73,94	70	75	80	80	80	80
		9	Meningkatnya pelayanan rehabilitasi medik	1	Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	%	3,37	≤50	≤50	≤50	≤50	≤50	≤50
				2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100	90	90	100	100	100	100
				3	Kepuasan pelanggan	%	83,33	70	80	80	80	80	80
		10	Meningkatnya pelayanan farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan								
					a. Obat Jadi	Menit	36,25	≤45	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30
					b. Obat Racikan	Menit	67	≤75	≤75	≤60	≤60	≤60	≤60

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
				2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	98,5	100	100	100	100	100	100
				3	Kepuasan pelanggan	%	75,24	70	80	80	80	80	80
				4	Penulisan resep sesuai formularium	%	85,83	75	80	90	100	100	100
		11	Meningkatnya pelayanan gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	100	80	90	90	90	90	90
		12	Meningkatnya pelayanan tranfusi darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	%	100	100	100	100	100	100	100
				2	Kejadian reaksi transfusi	%	0,31	≤0,010	≤0,010	≤0,010	≤0,010	≤0,010	≤0,010
		13	Meningkatnya pelayanan rekam medis	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	%	88,22	80	90	100	100	100	100
				2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	Menit	10,88	≤40	≤20	≤10	≤10	≤10	≤10
				3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Menit	12,44	≤45	≤30	≤15	≤15	≤15	≤15
		14	Meningkatnya pelayanan pengolahan limbah	1	Baku mutu limbah cair								
					a. BOD ≤ 30 mg/dl	mg/dl	11,9	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30
					b. COD ≤ 80 mg/ dl	mg/dl	24,568	≤80	≤80	≤80	≤80	≤80	≤80
					c. TSS ≤ 30 mg/dl	mg/dl	27	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30
					d. PH 6-9	mg/dl	7	6'-9	6'-9	6'-9	6'-9	6'-9	6'-9
				2	Pengelolaan limbah padat infeksius dengan aturan	%	100	100	100	100	100	100	100
		15	Meningkatkan pelayanan administrasi dan manajemen	1	Kelengkapan laporan Akuntabilitas kinerja	%	100	100	100	100	100	100	100
				2	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100	100	100	100	100	100	100

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
				3	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	%	100	100	100	100	100	100	100
				4	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	15,3	30	40	50	60	60	60
				5	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100	90	100	100	100	100	100
				6	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Jam	30,35	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2
		16	Meningkatnya pelayanan ambulan/ kereta jenazah	1	Waktu pelayanan ambulance/ Kereta jenazah	Jam	24	24	24	24	24	24	24
				2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di Rumah Sakit <30 menit	%	100	100	100	100	100	100	100
		17	Meningkatnya pelayanan pemulasaraan jenazah	1	Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaran jenazah	Jam	105,89	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2
		18	Meningkatnya pelayanan pemeliharaan sarana Rumah Sakit	1	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	%	99,24	100	100	100	100	100	100
		19	Meningkatnya pelayanan laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	%	99,65	90	100	100	100	100	100
				2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	94,52	90	100	100	100	100	100
		20	Meningkatnya pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi	1	Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	%	100	60	60	60	60	60	60

RENCANA STRATEGIS RSUD Dr. R. KOESMA KABUPATEN TUBAN
TAHUN 2012-2016

VISI : SEBAGAI PUSAT RUJUKAN MELALUI PELAYANAN, PROFESIONALISME DAN KETERJANGKAUAN

MISI : MENINGKATKAN PENGELOLAAN RUMAH SAKIT SECARA TRANSPARAN, AKUNTABEL, EFEKTIF DAN EFISIEN

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Terwujudnya tarif layanan yang kompetitif dan terjangkau bagi masyarakat	1	Meningkatnya pelayanan gawat darurat	1	Kemampuan menangani live saving anak dan dewasa	%	95,3	60	70	80	100	100	100
				2	Jam buka pelayanan Gawat Darurat	Jam	24	24	24	24	24	24	24
				3	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	Menit	4,94	≤5	<5	<5	5	5	5
				4	Kepuasan Pelanggan	%	78,03	60	65	70	70	70	70
				5	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	%	100	100	100	100	100	100	100
		2	Meningkatnya pelayanan rawat jalan	1	Dokter Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	%	59,73	60	80	100	100	100	100
				2	Ketersediaan pelayanan (klinik anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah, syaraf, mata, THT, kulit, paru, jantung, orthopedi)	%	100	100	100	100	100	100	100
				3	jam buka pelayanan, 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali hari jumat jam 08.00 s/d 11.00.	%	100	100	100	100	100	100	100
				4	Waktu tunggu di rawat jalan	Menit	72,25	≤120	≤90	≤60	≤60	≤60	≤60
				5	Kepuasan Pelanggan	%	77,82	70	80	90	90	90	90
				6	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	24,87	60	60	60	60	60	60
		3	Meningkatnya pelayanan rawat inap	1	Pemberi pelayanan di rawat inap								
					a. Dokter Spesialis	%	54,29	80	100	100	100	100	100
					b. Perawat minimal D3	%	97,45	90	100	100	100	100	100
				2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	%	100	100	100	100	100	100	100

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
				3	Ketersediaan pelayanan rawat inap (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Bedah)	%	100	100	100	100	100	100	100
				4	Jam visite Dokter Spesialis: 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	%	100	90	100	100	100	100	100
				5	Kejadian infeksi pasca operasi	%	0,06	≤3	≤2,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5
				6	Kejadian infeksi nosokomial	%	0,04	≤3	≤2,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5	≤1,5
				7	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	%	100	90	95	100	100	100	100
				8	kematian pasien >48 jam	%	2,74	≤0,50	≤0,50	≤0,24	≤0,24	≤0,24	≤0,24
				9	Kejadian pulang paksa	%	5,43	≤10	≤7,5	≤5	≤5	≤5	≤5
				10	Kepuasan Pelanggan	%	78,97	70	80	90	90	90	90
				11	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	38,83	80	90	100	100	100	100
				12	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	%	100	80	90	100	100	100	100
		4	Meningkatnya pelayanan bedah sentral	1	Waktu tunggu operasi elektif	Hari	1,64	≤4	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2
				2	Kejadian kematian di meja operasi	%	0	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1	≤1
				3	tidak adanya kejadian operasi salah sisi	%	100	100	100	100	100	100	100
				4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	%	100	100	100	100	100	100	100
				5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	%	100	100	100	100	100	100	100
				6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	%	100	100	100	100	100	100	100
				7	Komplikasi Anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	%	0	≤6	≤6	≤6	≤6	≤6	≤6

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		5	Meningkatnya pelayanan persalinan dan perinatologi	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan								
					a. Perdarahan	%	0	≤4	≤2	≤1	≤1	≤1	≤1
					b. Pre eklampsia	%	0	≤40	≤35	≤30	≤30	≤30	≤30
					c. Sepsis	%	0	≤0,04	≤0,3	≤0,2	≤0,2	≤0,2	≤0,2
				2	Pemberi pelayanan persalinan normal								
					a. Dokter Sp.OG	%	100	60	80	100	100	100	100
					b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	-	-	-	-	-	-	-	-
					c. Bidan	%	100	60	80	100	100	100	100
				3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim Ponek Terlatih)	%	100	70	80	100	100	100	100
				4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	%	-	80	100	100	100	100	100
					a. Dokter Sp.OG								
					b. Dokter Sp.A								
					c. Dokter Sp. An.								
				5	Kemampuan menangani Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) 1500 gr–2500 gr	%	86,62	80	90	100	100	100	100
				6	Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	%	39,18	≤30	≤25	≤20	≤20	≤20	≤20
				7	Keluarga Berencana								
					a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. Sp.OG, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dr. Umum terlatih	%	63,67	100	100	100	100	100	100
					b. Presentase KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	%	100	100	100	100	100	100	100
				8	Kepuasan Pelanggan	%	74,19	70	75	80	80	80	80
		6	Meningkatnya pelayanan intensif	1	Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	%	-	≤5	≤4	≤3	≤3	≤3	≤3

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
				2	Pemberi pelayanan Unit Intensif		-						
					a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	%		100	100	100	100	100	100
					b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/ setara D4	%		15	45	75	100	100	100
		7	Meningkatnya pelayanan radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	Jam	9	≤12	≤6	≤3	≤3	≤3	≤3
				2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp. Rad)	%	70,58	100	100	100	100	100	100
				3	Kejadian kegagalan pelayanan Rotgen	%	3,21	≤4,7	≤3	≤2	≤2	≤2	≤2
				4	Kepuasan pelanggan	%	78,14	60	70	80	80	80	80
		8	Meningkatnya pelayanan laboratorium patologi klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	Menit	108,82	≤6 jam	≤180	≤140	≤140	≤140	≤140
				2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp.PK)	%	63,16	70	80	100	100	100	100
				3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	%	100	100	100	100	100	100	100
				4	Kepuasan Pelanggan	%	73,94	70	75	80	80	80	80
		9	Meningkatnya pelayanan rehabilitasi medik	1	Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	%	3,37	≤50	≤50	≤50	≤50	≤50	≤50
				2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100	90	90	100	100	100	100
				3	Kepuasan pelanggan	%	83,33	70	80	80	80	80	80
		10	Meningkatnya pelayanan farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan								
					a. Obat Jadi	Menit	36,25	≤45	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30
					b. Obat Racikan	Menit	67	≤75	≤75	≤60	≤60	≤60	≤60
				2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	98,5	100	100	100	100	100	100
				3	Kepuasan pelanggan	%	75,24	70	80	80	80	80	80
				4	Penulisan resep sesuai formularium	%	85,83	75	80	90	100	100	100

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		11	Meningkatnya pelayanan gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	100	80	90	90	90	90	90
				2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	%	22,28	≤25	≤20	≤20	≤20	≤20	≤20
				3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	%	99,81	90	100	100	100	100	100
		12	Meningkatnya pelayanan tranfusi darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	%	100	100	100	100	100	100	100
				2	Kejadian reaksi transfusi	%	0,31	≤0,010	≤0,010	≤0,010	≤0,010	≤0,010	≤0,010
		13	Meningkatnya pelayanan gakin	1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	%	100	100	100	100	100	100	100
		14	Meningkatnya pelayanan rekam medis	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	%	88,22	80	90	100	100	100	100
				2	Kelengkapan *Informed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	%	34	80	90	100	100	100	100
				3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	Menit	10,88	≤40	≤20	≤10	≤10	≤10	≤10
				4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Menit	12,44	≤45	≤30	≤15	≤15	≤15	≤15
		15	Meningkatnya pelayanan pengolahan limbah	1	Baku mutu limbah cair								
					a. BOD ≤ 30 mg/dl	mg/dl	11,9	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30
					b. COD ≤ 80 mg/ dl	mg/dl	24,568	≤80	≤80	≤80	≤80	≤80	≤80
					c. TSS ≤ 30 mg/dl	mg/dl	27	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30	≤30
					d. PH 6-9	mg/dl	7	6'-9	6'-9	6'-9	6'-9	6'-9	6'-9
				2	Pengelolaan limbah padat infeksius dengan aturan	%	100	100	100	100	100	100	100
		16	Meningkatnya pelayanan administrasi dan manajemen	1	Kelengkapan laporan Akuntabilitas kinerja	%	100	100	100	100	100	100	100
				2	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100	100	100	100	100	100	100

TUJUAN		SASARAN				SATUAN	KONDISI AWAL	TARGET					KONDISI AKHIR
NO	URAIAN	NO	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA			2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
				3	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	%	100	100	100	100	100	100	100
				4	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	15,3	30	40	50	60	60	60
				5	Cost recovery	%	12,92	25	30	40	40	40	40
				6	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100	90	100	100	100	100	100
				7	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Jam	30,35	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2
				8	Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu	%	100	90	100	100	100	100	100
		17	Meningkatnya pelayanan ambulan/ kereta jenazah	1	Waktu pelayanan ambulance/ Kereta jenazah	Jam	24	24	24	24	24	24	24
				2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di Rumah Sakit <30 menit	%	100	100	100	100	100	100	100
		18	Meningkatnya pelayanan pemulasaraan jenazah	1	Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaran jenazah	Jam	105,89	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2	≤2
		19	Meningkatnya pelayanan pemeliharaan sarana	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	%	99,24	80	80	80	80	80	80
				2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	%	93,65	100	100	100	100	100	100
				3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	%	37,04	100	100	100	100	100	100
		20	Meningkatnya pelayanan laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	%	99,65	90	100	100	100	100	100
				2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	94,52	90	100	100	100	100	100

RENCANA KERJA RSUD Dr. R. KOESMA
TAHUN 2016

NO	SASARAN			SATUAN	TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		
1	2		3	4	5
1	Tercapaianya kepuasan pelanggan melalui peningkatan mutu pelayanan yang terakreditasi	**INSTALASI GAWAT DARURAT**			
		1	Kemampuan menangani live saving anak dan dewasa	%	100
		2	Jam buka pelayanan Gawat Darurat	Jam	24
		3	Pemberi pelayanan kegawadaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (ATLS/BTLS/ ACLS/ PPGD)	%	100
		4	Kesediaan tim penanggulangan bencana	Tim	1
		5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	Menit	<5
		6	Kepuasan Pelanggan	%	70
		7	Kematian Pasien ≤24 jam	‰	≤2
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	%	100
		RAWAT JALAN			
		1	Dokter Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	%	100
		2	Ketersediaan pelayanan (klinik anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah, syaraf, mata, THT, kulit, paru, jantung, orthopedi)	%	100
		3	jam buka pelayanan, 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali hari jumat jam 08.00 s/d 11.00.	%	100
		4	Waktu tunggu di rawat jalan	Menit	≤60
		5	Kepuasan Pelanggan	%	90
		6	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	60
		RAWAT INAP			
		1	Pemberi pelayanan di rawat inap		
			a. Dokter Spesialis	%	100
			b. Perawat minimal D3	%	100
		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	%	100
		3	Ketersediaan pelayanan rawat inap (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Bedah)	%	100
		4	Jam visite Dokter Spesialis: 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	%	100
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	%	≤1,5
		6	Kejadian infeksi nosokomial	%	≤1,5
		7	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	%	100
		8	kematian pasien >48 jam	%	≤0,24
		9	Kejadian pulang paksa	%	≤5
		10	Kepuasan Pelanggan	%	90
		11	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	100
		12	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	%	100
		BEDAH SENTRAL			
		1	Waktu tunggu operasi elektif	Hari	≤2
		2	Kejadian kematian di meja operasi	%	≤1
		3	tidak adanya kejadian operasi salah sisi	%	100
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	%	100
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	%	100
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	%	100
		7	Komplikasi Anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	%	≤6
		PERSALINAN DAN PERINATOLOGI			
		1	Kejadian kematian ibu karena persalinan		
			a. Perdarahan	%	≤1
			b. Pre eklampsia	%	≤30
			c. Sepsis	%	≤0,2

NO	SASARAN			SATUAN	TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		
1	2		3	4	5
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal		
			a. Dokter Sp.OG	%	100
			b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	-	-
			c. Bidan	%	100
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim Ponek Terlatih)	%	100
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	%	100
			a. Dokter Sp.OG		
			b. Dokter Sp.A		
			c. Dokter Sp. An.		
		5	Kemampuan menangani Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) 1500 gr–2500 gr	%	100
		6	Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	%	≤20
		7	Keluarga Berencana		
			a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. Sp.OG, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dr. Umum terlatih	%	100
			b. Presentase KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	%	100
		8	Kepuasan Pelanggan	%	80
		INTENSIF			
		1	Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	%	≤3
		2	Pemberi pelayanan Unit Intensif		
			a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	%	100
			b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/ setara D4	%	100
		RADIOLOGI			
		1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	Jam	≤3
		2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp. Rad)	%	100
		3	Kejadian kegagalan pelayanan Rotgen	%	≤2
		4	Kepuasan pelanggan	%	80
		LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK			
		1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	Menit	≤140
		2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp.PK)	%	100
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	%	100
		4	Kepuasan Pelanggan	%	80
		REHABILITASI MEDIK			
		1	Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	%	≤50
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100
		3	Kepuasan pelanggan	%	80
		FARMASI			
		1	Waktu tunggu pelayanan		
			a. Obat Jadi	Menit	≤30
			b. Obat Racikan	Menit	≤60
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	100
		3	Kepuasan pelanggan	%	80
		4	Penulisan resep sesuai formularium	%	100
		GIZI			
		1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	90
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	%	≤20
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	%	100
		TRANFUSI DARAH			
		1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	%	100
		2	Kejadian reaksi transfusi	%	≤0,010
		PELAYANAN GAKIN			

NO	SASARAN			SATUAN	TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		
1	2		3	4	5
		1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	%	100

NO	SASARAN			SATUAN	TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		
1	2		3	4	5
		REKAM MEDIS			
		1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	%	100
		2	Kelengkapan *Informed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	%	100
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	Menit	≤10
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Menit	≤15
		PENGOLAHAN LIMBAH			
		1	Baku mutu limbah cair		
			a. BOD ≤ 30 mg/dl	mg/dl	≤30
			b. COD ≤ 80 mg/ dl	mg/dl	≤80
			c. TSS ≤ 30 mg/dl	mg/dl	≤30
			d. PH 6-9	mg/dl	6'-9
		2	Pengelolaan limbah padat infeksius dengan aturan	%	100
		ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN			
		1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	%	100
		2	Kelengkapan laporan Akuntabilitas kinerja	%	100
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100
		4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	%	100
		5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	60
		6	Cost recovery	%	40
		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100
		8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Jam	≤2
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu	%	100
		AMBULAN/ KERETA JENAZAH			
		1	Waktu pelayanan ambulance/ Kereta jenazah	Jam	24
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di Rumah Sakit <30 menit	%	100
		PEMULASARAAN JENAZAH			
		1	Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaran jenazah	Jam	≤2
		PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT			
		1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	%	80
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	%	100
		3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	%	100
		PELAYANAN LAUNDRY			
		1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	%	100
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	100
		PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)			
		1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	%	75
		2	Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	%	60
		3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (*Health Care Associated Infection*) di RS (min 1 parameter)	%	75
2	terpenuhinya pelayanan sesuai standar melalui tenaga yang profesional dan terlatih	**INSTALASI GAWAT DARURAT**			
		1	Kemampuan menangani live saving anak dan dewasa	%	100
		2	Pemberi pelayanan kegawadaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (ATLS/BTLS/ ACLS/ PPGD)	%	100
		3	Kesediaan tim penanggulangan bencana	Tim	1
		4	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	Menit	<5
		5	Kepuasan Pelanggan	%	70
		6	Kematian Pasien ≤24 jam	‰	≤2

NO	SASARAN			SATUAN	TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		
1	2		3	4	5
		RAWAT JALAN			
		1	Dokter Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	%	100
		2	Ketersediaan pelayanan (klinik anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah, syaraf, mata, THT, kulit, paru, jantung, orthopedi)	Ada/ Tidak	Ada
		3	Kepuasan Pelanggan	%	90
		RAWAT INAP			
		1	Pemberi pelayanan di rawat inap		
			a. Dokter Spesialis	%	100
			b. Perawat minimal D3	%	100
		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	%	100
		3	Ketersediaan pelayanan rawat inap (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Bedah)	%	100
		4	Kejadian infeksi pasca operasi	%	≤1,5
		5	Kejadian infeksi nosokomial	%	≤1,5
		6	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	%	100
		7	kematian pasien >48 jam	%	≤0,24
		8	Kejadian pulang paksa	%	≤5
		9	Kepuasan Pelanggan	%	90
		10	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	100
		11	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	%	100
		BEDAH SENTRAL			
		1	Kejadian kematian di meja operasi	%	≤1
		2	tidak adanya kejadian operasi salah sisi	%	100
		3	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	%	100
		4	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	%	100
		5	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	%	100
		6	Komplikasi Anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	%	≤6
		PERSALINAN DAN PERINATOLOGI			
		1	Kejadian kematian ibu karena persalinan		
			a. Perdarahan	%	≤1
			b. Pre eklampsia	%	≤30
			c. Sepsis	%	≤0,2
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal		
			a. Dokter Sp.OG	%	100
			b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	-	-
			c. Bidan	%	100
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim Ponek Terlatih)	%	100
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	%	100
			a. Dokter Sp.OG		
			b. Dokter Sp.A		
			c. Dokter Sp. An.		
		5	Kemampuan menangani Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) 1500 gr–2500 gr	%	100
		6	Keluarga Berencana		
			a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. Sp.OG, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dr. Umum terlatih	%	100
			b. Presentase KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	%	100
		8	Kepuasan Pelanggan	%	80
		INTENSIF			
		1	Pemberi pelayanan Unit Intensif		
			a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	%	100
			b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/	%	100

NO	SASARAN			SATUAN	TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		
1	2		3	4	5
		RADIOLOGI			
		1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	Jam	≤3
		2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp. Rad)	%	100
		3	Kejadian kegagalan pelayanan Rotgen	%	≤2
		4	Kepuasan pelanggan	%	80
		LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK			
		1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	Menit	≤140
		2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp.PK)	%	100
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	%	100
		4	Kepuasan Pelanggan	%	80
		REHABILITASI MEDIK			
		1	Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	%	≤50
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100
		3	Kepuasan pelanggan	%	80
		FARMASI			
		1	Waktu tunggu pelayanan		
			a. Obat Jadi	Menit	≤30
			b. Obat Racikan	Menit	≤60
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	100
		3	Kepuasan pelanggan	%	80
		GIZI			
		1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	90
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	%	100
		TRANFUSI DARAH			
		1	Kejadian reaksi transfusi	%	≤0,010
		REKAM MEDIS			
		1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	%	100
		2	Kelengkapan *Informed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	%	100
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	Menit	≤10
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Menit	≤15
		PENGOLAHAN LIMBAH			
		1	Pengelolaan limbah padat infeksius dengan aturan	%	100
		ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN			
		1	Kelengkapan laporan Akuntabilitas kinerja	%	100
		2	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100
		3	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	%	100
		4	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	60
		5	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100
		6	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Jam	≤2
		7	Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu	%	100
		AMBULAN/ KERETA JENAZAH			
		1	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di Rumah Sakit <30 menit	%	100
		PEMULASARAAN JENAZAH			
		1	Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaran jenazah	Jam	≤2
		PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT			
		1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	%	80
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	%	100
		PELAYANAN LAUNDRY			
		1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	%	100
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	100

NO	SASARAN			SATUAN	TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		
1	2		3	4	5
3	Tercapainya RSUD Dr. R. Koesma menjadi pusat rujukan daerah sekitar		**PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)**		
		1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	%	75
		2	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (*Health Care Associated Infection*) di RS (min 1 parameter)	%	75
			INSTALASI GAWAT DARURAT		
		1	Kemampuan menangani live saving anak dan dewasa	%	100
		2	Kesediaan tim penanggulangan bencana	Tim	1
		3	Kepuasan Pelanggan	%	70
			RAWAT JALAN		
		1	Dokter Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	%	100
		2	Ketersediaan pelayanan (klinik anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah, syaraf, mata, THT, kulit, paru, jantung, orthopedi)	Ada/ Tidak	Ada
		3	Kepuasan Pelanggan	%	90
		4	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	60
			RAWAT INAP		
		1	Pemberi pelayanan di rawat inap		
			a. Dokter Spesialis	%	100
		2	Ketersediaan pelayanan rawat inap (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Bedah)	%	100
		3	Kejadian infeksi pasca operasi	%	≤1,5
		4	Kejadian infeksi nosokomial	%	≤1,5
		5	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	%	100
		6	kematian pasien >48 jam	%	≤0,24
		7	Kepuasan Pelanggan	%	90
		8	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	100
			BEDAH SENTRAL		
		1	Waktu tunggu operasi elektif	Hari	≤2
		2	Kejadian kematian di meja operasi	%	≤1
			PERSALINAN DAN PERINATOLOGI		
		1	Kejadian kematian ibu karena persalinan		
			a. Perdarahan	%	≤1
			b. Pre eklampsia	%	≤30
			c. Sepsis	%	≤0,2
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal		
			a. Dokter Sp.OG	%	100
			b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	-	-
			c. Bidan	%	100
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim Ponek Terlatih)	%	100
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	%	100
			a. Dokter Sp.OG		
			b. Dokter Sp.A		
			c. Dokter Sp. An.		
		5	Kemampuan menangani Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) 1500 gr–2500 gr	%	100
		6	Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	%	≤20
		7	Kepuasan Pelanggan	%	80
			INTENSIF		
		1	Pemberi pelayanan Unit Intensif		
			a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	%	100
			RADIOLOGI		
		1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	Jam	≤3
		2	Kejadian kegagalan pelayanan Rotgen	%	≤2
		3	Kepuasan pelanggan	%	80

NO	SASARAN			SATUAN	TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		
1	2		3	4	5
		LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK			
		1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	Menit	≤140
		2	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	%	100
		3	Kepuasan Pelanggan	%	80
		REHABILITASI MEDIK			
		1	Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	%	≤50
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100
		3	Kepuasan pelanggan	%	80
		FARMASI			
		1	Waktu tunggu pelayanan		
			a. Obat Jadi	Menit	≤30
			b. Obat Racikan	Menit	≤60
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	100
		3	Kepuasan pelanggan	%	80
		4	Penulisan resep sesuai formularium	%	100
		GIZI			
		1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	90
		TRANFUSI DARAH			
		1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	%	100
		2	Kejadian reaksi transfusi	%	≤0,010
		REKAM MEDIS			
		1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	%	100
		2	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	Menit	≤10
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Menit	≤15
		PENGOLAHAN LIMBAH			
		1	Baku mutu limbah cair		
			a. BOD ≤ 30 mg/dl	mg/dl	≤30
			b. COD ≤ 80 mg/ dl	mg/dl	≤80
			c. TSS ≤ 30 mg/dl	mg/dl	≤30
			d. PH 6-9	mg/dl	6'-9
		2	Pengelolaan limbah padat infeksius dengan aturan	%	100
		ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN			
		1	Kelengkapan laporan Akuntabilitas kinerja	%	100
		2	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100
		3	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	%	100
		4	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	60
		5	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100
		6	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Jam	≤2
		AMBULAN/ KERETA JENAZAH			
		1	Waktu pelayanan ambulance/ Kereta jenazah	Jam	24
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di Rumah Sakit <30 menit	%	100
		PEMULASARAAN JENAZAH			
		1	Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaran jenazah	Jam	≤2
		PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT			
		1	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	%	100
		PELAYANAN LAUNDRY			
		1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	%	100
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	100
		PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)			
		1	Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	%	60

NO	SASARAN			SATUAN	TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		
1	2		3	4	5
4	Terwujudnya tarif layanan yang kompetitif dan terjangkau bagi masyarakat	**INSTALASI GAWAT DARURAT**			
		1	Kemampuan menangani live saving anak dan dewasa	%	100
		2	Jam buka pelayanan Gawat Darurat	Jam	24
		3	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	Menit	<5
		4	Kepuasan Pelanggan	%	70
		5	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	%	100
		RAWAT JALAN			
		1	Dokter Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	%	100
		2	Ketersediaan pelayanan (klinik anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah, syaraf, mata, THT, kulit, paru, jantung, orthopedi)	Ada/ Tidak	Ada
		3	jam buka pelayanan, 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali hari jumat jam 08.00 s/d 11.00.	%	100
		4	Waktu tunggu di rawat jalan	Menit	≤60
		5	Kepuasan Pelanggan	%	90
		6	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	60
		RAWAT INAP			
		1	Pemberi pelayanan di rawat inap		
			a. Dokter Spesialis	%	100
			b. Perawat minimal D3	%	100
		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	%	100
		3	Ketersediaan pelayanan rawat inap (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Bedah)	%	100
		4	Jam visite Dokter Spesialis: 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	%	100
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	%	≤1,5
		6	Kejadian infeksi nosokomial	%	≤1,5
		7	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	%	100
		8	kematian pasien >48 jam	%	≤0,24
		9	Kejadian pulang paksa	%	≤5
		10	Kepuasan Pelanggan	%	90
		11	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	100
		12	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	%	100
		BEDAH SENTRAL			
		1	Waktu tunggu operasi elektif	Hari	≤2
		2	Kejadian kematian di meja operasi	%	≤1
		3	tidak adanya kejadian operasi salah sisi	%	100
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	%	100
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	%	100
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	%	100
		7	Komplikasi Anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	%	≤6
		PERSALINAN DAN PERINATOLOGI			
		1	Kejadian kematian ibu karena persalinan		
			a. Perdarahan	%	≤1
			b. Pre eklampsia	%	≤30
			c. Sepsis	%	≤0,2
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal		
			a. Dokter Sp.OG	%	100
			b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	-	-
			c. Bidan	%	100
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim Ponek Terlatih)	%	100
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	%	100
			a. Dokter Sp.OG		
			b. Dokter Sp.A		
			c. Dokter Sp. An.		

NO	SASARAN			SATUAN	TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		
1	2		3	4	5
		5	Kemampuan menangani Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) 1500 gr–2500 gr	%	100
		6	Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	%	≤20
		7	Keluarga Berencana		
			a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. Sp.OG, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dr. Umum terlatih	%	100
			b. Presentase KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	%	100
		8	Kepuasan Pelanggan	%	80
		INTENSIF			
		1	Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	%	≤3
		2	Pemberi pelayanan Unit Intensif		
			a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	%	100
			b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/ setara D4	%	100
		RADIOLOGI			
		1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	Jam	≤3
		2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp. Rad)	%	100
		3	Kejadian kegagalan pelayanan Rotgen	%	≤2
		4	Kepuasan pelanggan	%	80
		LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK			
		1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	Menit	≤140
		2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp.PK)	%	100
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	%	100
		4	Kepuasan Pelanggan	%	80
		REHABILITASI MEDIK			
		1	Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	%	≤50
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	100
		3	Kepuasan pelanggan	%	80
		FARMASI			
		1	Waktu tunggu pelayanan		
			a. Obat Jadi	Menit	≤30
			b. Obat Racikan	Menit	≤60
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	100
		3	Kepuasan pelanggan	%	80
		4	Penulisan resep sesuai formularium	%	90
		GIZI			
		1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	90
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	%	≤20
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	%	100
		TRANFUSI DARAH			
		1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	%	100
		2	Kejadian reaksi transfusi	%	≤0,010
		PELAYANAN GAKIN			
		1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	%	100
		REKAM MEDIS			
		1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	%	100
		2	Kelengkapan *Informed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	%	100
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	Menit	≤10
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Menit	≤15

NO	SASARAN			SATUAN	TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		
1	2		3	4	5
		PENGOLAHAN LIMBAH			
		1	Baku mutu limbah cair		
			a. BOD ≤ 30 mg/dl	mg/dl	≤30
			b. COD ≤ 80 mg/ dl	mg/dl	≤80
			c. TSS ≤ 30 mg/dl	mg/dl	≤30
			d. PH 6-9	mg/dl	6'-9
		2	Pengelolaan limbah padat infeksius dengan aturan	%	100
		ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN			
		1	Kelengkapan laporan Akuntabilitas kinerja	%	100
		2	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100
		3	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	%	100
		4	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	50
		5	Cost recovery	%	40
		6	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100
		7	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Jam	≤2
		8	Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu	%	100
		AMBULAN/ KERETA JENAZAH			
		1	Waktu pelayanan ambulance/ Kereta jenazah	Jam	24
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di Rumah Sakit <30 menit	%	100
		PEMULASARAAN JENAZAH			
		1	Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaran jenazah	Jam	≤2
		PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT			
		1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	%	80
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	%	100
		3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	%	100
		PELAYANAN LAUNDRY			
		1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	%	100
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	100

PENGUKURAN KINERJA RSUD Dr. R. KOESMA KABUPATEN TUBAN TAHUN 2016

NO	SASARAN			SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2		3	4				5	6	7	8	9	10	8	9	10	11
1	Meningkatnya pelayanan gawat darurat	1	Kemampuan menangani live saving anak dan dewasa	%	70	87,19	**124,56%**	80	87,07	**108,84%**	90	87,43	**97,14%**	100	85,71	**85,71%**	100
		2	Jam buka pelayanan Gawat Darurat	Jam	24	24	**100,00%**	24	24	**100,00%**	24	24	**100,00%**	24	24	**100,00%**	24
		3	Pemberi pelayanan kegawadaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku (ATLS/BTLS/ ACLS/ PPGD)	%	40	87,65	**219,13%**	90	94,66	**105,18%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		4	Kesediaan tim penanggulangan bencana	Tim	1	1	**100,00%**	1	1	**100,00%**	1	1	**100,00%**	1	1	**100,00%**	1
		5	Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat	Menit	<5	5	**100,00%**	<5	10,12	**49,41%**	<5	5	**100,00%**	5	5	**100,00%**	5
		6	Kepuasan Pelanggan	%	65	76,07	**117,03%**	70	78,69	**112,41%**	70	79,38	**113,40%**	70	79,27	**113,24%**	70
		7	Kematian Pasien ≤24 jam	‰	≤10	14,83	**67,43%**	≤5	10,99	**45,50%**	≤2	10,33	**-316,50%**	≤2	10,37	**-318,50%**	≤2
		8	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
2	Meningkatnya pelayanan rawat jalan	1	Dokter Pemberi pelayanan di poliklinik spesialis	%	80	73,09	**91,36%**	100	86,69	**86,69%**	100	90,48	**90,48%**	100	91,91	**91,91%**	100
		2	Ketersediaan pelayanan (klinik anak, penyakit dalam, kebidanan, bedah, syaraf, mata, THT, kulit, paru, jantung, orthopedi)	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	90,91	**90,91%**	100	100	**100,00%**	100
		3	jam buka pelayanan, 08.00 s/d 13.00 setiap hari kerja kecuali hari jumat jam 08.00 s/d 11.00.	%	100	99,62	**99,62%**	100	99,32	**99,32%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		4	Waktu tunggu di rawat jalan	Menit	≤90	66	**126,67%**	≤60	59,6	**105,17%**	≤60	56,19	**106,35%**	≤60	48	**106,35%**	≤60
		5	Kepuasan Pelanggan	%	80	75,49	**94,36%**	90	79,43	**88,26%**	90	80,19	**89,10%**	90	77,89	**86,54%**	90
		6	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	60	11,2	**18,67%**	60	17,94	**29,90%**	60	12,74	**21,23%**	60	96,82	**161,37%**	60
		7	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	%	60	100	**166,67%**	60	100	**166,67%**	60	100	**166,67%**	60	91,18	**151,97%**	≥60
3	Meningkatnya pelayanan rawat inap	1	Pemberi pelayanan di rawat inap														
			a. Dokter Spesialis	%	100	74,66	**74,66%**	100	100,00	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	87,65	**87,65%**	100
			b. Perawat minimal D3	%	100	100	**100,00%**	100	100,00	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		2	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap	%	100	99,9	**9990,00%**	100	100,00	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		3	Ketersediaan pelayanan rawat inap (Anak, Penyakit Dalam, Kebidanan, Bedah)	%	100	100	**100,00%**	100	100,00	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		4	Jam visite Dokter Spesialis: 08.00 s/d 14.00 setiap hari kerja	%	100	93,75	**93,75%**	100	100,00	**100,00%**	100	99,49	**99,49%**	100	97,4	**97,40%**	100
		5	Kejadian infeksi pasca operasi	%	≤2,5	0	**200,00%**	≤1,5	0,00	**200,00%**	≤1,5	0,13	**191,33%**	≤1,5	0,46	**191,33%**	≤1,5
		6	Kejadian infeksi nosokomial	%	≤2,5	0,1	**200,00%**	≤1,5	0,00	**200,00%**	≤1,5	0	**200,00%**	≤1,5	0,21	**200,00%**	≤1,5

NO	SASARAN			SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2		3	4				5	6	7	8	9	10	8	9	10	11
		7	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/ kematian	%	95	100	**105,26%**	100	100,00	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		8	kematian pasien >48 jam	%	≤0,50	1,49	**(-98)%**	≤0,24	2,53	**(-854,17)%**	≤0,24	2,37	**(-787,5)%**	≤0,24	2,15	**(-787,5)%**	≤0,24
		9	Kejadian pulang paksa	%	≤7,5	2,65	**164,67%**	≤5	2,92	**156,00%**	≤5	2,16	**156,80%**	≤5	2,11	**156,80%**	≤5
		10	Kepuasan Pelanggan	%	80	78,5	**98,13%**	90	79,64	**88,49%**	90	75,07	**83,41%**	90	80,15	**89,06%**	90
		11	Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB	%	90	25,44	**28,27%**	100	9,43	**9,43%**	100	45,03	**45,03%**	100	45,03	**45,03%**	100
		12	Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS	%	90	100	**111,11%**	100	97,48	**97,48%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
4	Meningkatnya pelayanan bedah sentral	1	Waktu tunggu operasi elektif	Hari	≤2	1,75	**112,50%**	≤2	1,33	**133,50%**	≤2	1,15	**142,50%**	≤2	1,15	**142,50%**	≤2
		2	Kejadian kematian di meja operasi	%	≤1	0,03	**197,00%**	≤1	0	**200,00%**	≤1	0	**200,00%**	≤1	0	**200,00%**	≤1
		3	tidak adanya kejadian operasi salah sisi	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		5	Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/ lain pada tubuh pasien setelah operasi	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		7	Komplikasi Anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan endotracheal tube	%	≤6	0	**200,00%**	≤6	0	**200,00%**	≤6	0	**200,00%**	≤6	0	**200,00%**	≤6
5	Meningkatnya pelayanan persalinan dan perinatologi	1	Kejadian kematian ibu karena persalinan														
			a. Perdarahan	%	≤2	0,88	**156,00%**	≤1	1	**100,00%**	≤1	0	**200,00%**	≤1	0	**200,00%**	≤1
			b. Pre eklampsia	%	≤35	0,36	**198,97%**	≤30	0	**200,00%**	≤30	2,38	**192,07%**	≤30	0	**200,00%**	≤30
			c. Sepsis	%	≤0,3	100	**66,57%**	≤0,2	0	**200,00%**	≤0,2	0	**200,00%**	≤0,2	0	**200,00%**	≤0,2
		2	Pemberi pelayanan persalinan normal														
			a. Dokter Sp.OG	%	80	100	**125,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
			b. Dokter Umum terlatih (Asuhan Persalinan Normal)	-	-	-	**-**	-	-	**-**	-	-	**-**	-	-	**-**	-
			c. Bidan	%	80	100	**125,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit (Tim Ponek Terlatih)	%	80	100	**125,00%**	100	61,1	**61,10%**	100	99,26	**99,26%**	100	100	**100,00%**	100
		4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	%	100	78,7	**78,70%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
			a. Dokter Sp.OG														
			b. Dokter Sp.A														
			c. Dokter Sp. An.														
		5	Kemampuan menangani Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) 1500 gr–2500 gr	%	90	86,2	**95,78%**	100	89,7	**89,70%**	100	77,89	**77,89%**	100	95,84	**95,84%**	100

NO	SASARAN			SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2		3	4				5	6	7	8	9	10				11
		6	Pertolongan Persalinan melalui seksio cesaria	%	≤25	36,22	**55,12%**	≤20	37,06	**14,70%**	≤20	42,46	**(-12,30)%**	≤20	42,46	**(-12,30)%**	≤20
		7	Keluarga Berencana														
			a. Presentase KB (vasektomi & tubektomi) yang dilakukan oleh tenaga Kompeten dr. Sp.OG, dr. Sp.B, dr. Sp.U, dr. Umum terlatih	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	27,27	**27,27%**	100	8,5	**8,50%**	100
			b. Presentase KB mantap yang mendapat konseling KB mantap oleh bidan terlatih	%	100	100	**100,00%**	100	78,03	**78,03%**	100	75,21	**75,21%**	100	100	**100,00%**	100
		8	Kepuasan Pelanggan	%	75	77,09	**102,79%**	80	85,08	**85,08%**	80	81,61	**102,01%**	80	84,22	**105,28%**	80
6	Meningkatnya pelayanan intensif	1	Rata-rata Pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	%	≤4	0	**100,00%**	≤3	0	**100,00%**	≤3	0,71	**176,33%**	≤3	0,1	**176,33%**	≤3
		2	Pemberi pelayanan Unit Intensif														
			a. Dokter Sp. Anestesi dan Dokter Spesialis sesuai dengan kasus yang ditangani	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
			b. Perawat minimal D3 dengan sertifikat Perawat mahir ICU/ setara D4	%	45	13,33	**29,62%**	75	13,33	**17,77%**	100	62,26	**62,26%**	100	25	**25,00%**	100
7	Meningkatnya pelayanan radiologi	1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	Jam	≤6	27	**(-250)%**	≤3	23	**(-566,67)%**	≤3	18,53	**(-417,67)%**	≤3	14,05	**(-268,30)%**	≤3
		2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp. Rad)	%	100	77,33	**77,33%**	100	87,9	**87,90%**	100	89,61	**89,61%**	100	86,46	**86,46%**	100
		3	Kejadian kegagalan pelayanan Rotgen	%	≤3	1,67	**100,00%**	≤2	1,54	**100,00%**	≤2	0,71	**164,50%**	≤2	0	**200,00%**	≤2
		4	Kepuasan pelanggan	%	70	74,04	**105,77%**	80	73,13	**91,41%**	80	75,97	**94,96%**	80	79,14	**98,93%**	80
8	Meningkatnya pelayanan laboratorium patologi klinik	1	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium	Menit	≤180	161,66	**100,00%**	≤140	170,96	**81,89%**	≤140	183	**69,29%**	≤140	179	**72,14%**	≤140
		2	Pelaksana ekspertisi (Dokter Sp.PK)	%	80	6,09	**761,25%**	100	14,1	**14,10%**	100	44,56	**44,56%**	100	12,02	**44,56%**	100
		3	Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		4	Kepuasan Pelanggan	%	75	72,68	**96,91%**	80	72,72	**90,90%**	80	77,19	**96,49%**	80	77,3	**96,49%**	80
9	Meningkatnya pelayanan rehabilitasi medik	1	Kejadian *Drop Out* pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang direncanakan	%	≤50	2	**100,00%**	≤50	1,03	**100,00%**	≤50	0,54	**198,92%**	≤50	19,66	**160,68%**	≤50
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	%	90	100	**111,11%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		3	Kepuasan pelanggan	%	80	77,42	**96,78%**	80	83,38	**104,23%**	80	77,42	**96,78%**	80	78,27	**96,78%**	80
10	Meningkatnya pelayanan farmasi	1	Waktu tunggu pelayanan														
			a. Obat Jadi	Menit	≤30	25,7	**114,33%**	≤30	26,83	**110,57%**	≤30	27,03	**109,90%**	≤30	32	**109,90%**	≤30
			b. Obat Racikan	Menit	≤75	37,94	**149,41%**	≤60	52,78	**120,03%**	≤60	37,08	**138,30%**	≤60	62	**138,30%**	≤60
		2	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat	%	100	99,27	**99,27%**	100	100	**100,00%**	100	99,5	**99,50%**	100	92	**99,50%**	100
		3	Kepuasan pelanggan	%	80	73,33	**91,66%**	80	73,34	**91,68%**	80	80,65	**100,81%**	80	77,7	**100,81%**	80
		4	Penulisan resep sesuai formularium	%	80	100	**125,00%**	90	100	**111,11%**	100	97,22	**97,22%**	100	98,45	**97,22%**	100
11	Meningkatnya pelayanan gizi	1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	%	90	100	**111,11%**	90	100	**111,11%**	90	100	**111,11%**	90	100	**111,11%**	90

NO	SASARAN			SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2		3	4				5	6	7	8	9	10	8	9	10	11
		2	Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien	%	≤20	31,79	**41,05%**	≤20	14,76	**126,20%**	≤20	15,95	**120,25%**	≤20	21,05	**120,25%**	≤20
		3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet	%	100	99,8	**99,80%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
12	Meningkatnya pelayanan tranfusi darah	1	Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		2	Kejadian reaksi transfusi	%	≤0,010	0,014	**(-300,00)%**	≤0,010	1,46	**(-14.400)%**	≤0,010	0,79	**(-7.700)%**	≤0,010	0,88	**(-8.600)%**	≤0,010
13	Meningkatnya pelayanan gakin	1	Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
14	Meningkatnya pelayanan rekam medis	1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	%	90	99,66	**110,73%**	100	99,53	**99,53%**	100	96,97	**96,97%**	100	92,91	**92,91%**	100
		2	Kelengkapan *Informed Concent* setelah mendapatkan informasi yang jelas	%	90	66,46	**73,84%**	100	86,28	**86,28%**	100	95,82	**95,82%**	100	94,99	**94,99%**	100
		3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	Menit	≤20	11,18	**144,10%**	≤10	8,29	**171,10%**	≤10	8,24	**117,60%**	≤10	10	**100,00%**	≤10
		4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	Menit	≤30	16,56	**144,80%**	≤15	10,1	**132,67%**	≤15	12,75	**115,00%**	≤15	15	**100,00%**	≤15
15	Meningkatnya pelayanan pengolahan limbah	1	Baku mutu limbah cair														
			a. BOD ≤ 30 mg/dl	mg/dl	≤30	14,59	**151,37%**	≤30	14,59	**151,37%**	≤30	11,47	**161,77%**	≤30	15,99	**146,70%**	≤30
			b. COD ≤ 80 mg/ dl	mg/dl	≤80	39,013	**151,24%**	≤80	39,013	**151,24%**	≤80	33,24	**155,95%**	≤80	31,1	**161,13%**	≤80
			c. TSS ≤ 30 mg/dl	mg/dl	≤30	3	**190,00%**	≤30	3	**190,00%**	≤30	6,07	**179,77%**	≤30	8	**173,33%**	≤30
			d. PH 6-9	mg/dl	6'-9	7,5	**100,00%**	6'-9	7,5	**100,00%**	6'-9	7,15	**100,00%**	6'-9	7,28	**100,00%**	6'-9
		2	Pengelolaan limbah padat infeksius dengan aturan	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
16	Meningkatnya pelayanan administrasi dan manajemen	1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		2	Kelengkapan laporan Akuntabilitas kinerja	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		3	Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat	%	100	100	**100,00%**	100	84,34	**84,34%**	100	100	**100,00%**	100	82,76	**82,76%**	100
		4	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	%	40	14,26	**35,65%**	50	63,18	**126,36%**	60	50,47	**84,12%**	60	87	**145,00%**	60
		6	Cost recovery	%	30	86,88	**289,60%**	40	72,28	**180,70%**	40	93,04	**232,60%**	40	95,3	**238,25%**	40
		7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap	Jam	≤2	64 menit	**153,50%**	≤2	1	**150,00%**	≤2	1	**150,00%**	≤2	45 menit	**162,50%**	≤2
		9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (intensif) sesuai kesepakatan waktu	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100

NO	SASARAN			SATUAN	TAHUN 2013			TAHUN 2014			TAHUN 2015			TAHUN 2016			TARGET TAHUN 2016
	URAIAN	NO	INDIKATOR KINERJA		RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	RENCANA	REALISASI	CAPAIAN	
1	2		3	4				5	6	7	8	9	10	8	9	10	11
17	Meningkatnya pelayanan ambulan/ kereta jenazah	1	Waktu pelayanan ambulance/ Kereta jenazah	Jam	24	24	**100,00%**	24	24	**100,00%**	24	24	**100,00%**	24	24	**100,00%**	24
		2	Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/ Kereta jenazah di Rumah Sakit <30 menit	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
18	Meningkatnya pelayanan pemulasaraan jenazah	1	Waktu tanggap (*response time*) pelayanan pemulasaran jenazah	Jam	≤2	44,52 menit	**163,00%**	≤2	49,32 menit	**159,00%**	≤2	51,67 menit	**143,00%**	≤2	45 menit	**162,50%**	≤2
19	Meningkatnya pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit	1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	%	80	100	**125,00%**	80	94,17	**117,71%**	80	91,37	**114,21%**	80	91,43	**114,29%**	80
		2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	%	100	100	**100,00%**	100	99,45	**99,45%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		3	Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	%	100	37,04	**37,04%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
20	Meningkatnya pelayanan laundry	1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	%	100	99,9	**99,90%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100
		2	Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap	%	100	100	**100,00%**	100	100	**100,00%**	100	99,18	**99,18%**	100	100	**100,00%**	100
21	Meningkatnya pelayanan pencegahan dan pengendalian infeksi	1	Ada anggota Tim PPI yang terlatih	%	75	100	**133,33%**	75	100	**133,33%**	75	100	**133,33 %**	75	66,7	**88,93%**	75
		2	Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen	%	60	100	**166,67%**	60	100	**166,67%**	60	100	**166,67 %**	60	93	**155,00%**	60
		3	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/ HAI (*Health Care Associated Infection*) di RS (min 1 parameter)	%	75	100	**133,33%**	75	100	**133,33%**	75	100	**133,33 %**	75	93	**124,00%**	75